

	<b>SALUD PUBLICA</b>	<b>Código: F-SP-VC08-18</b>
	<b>ACTA DE LEVANTAMIENTO DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD</b>	<b>Fecha Aprobación: 10/09/12</b>
		<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 1</b>

**ACTA No.:** \_\_\_\_\_

En el Municipio de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas, se hicieron presentes el Técnico Area de la Salud \_\_\_\_\_, el inspector de Policía \_\_\_\_\_ y el señor \_\_\_\_\_ identificado con C.C No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de representante legal del establecimiento \_\_\_\_\_, con el objeto de Levantar una **Medida Sanitaria de Seguridad**, consistente en el \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 realizada mediante Acta No \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

Las causas que originan la presente Acta son:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En constancia firman los funcionarios que realizaron la presente diligencia:

**Funcionarios.**

FIRMA: _____	FIRMA: _____
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
C.C: _____	C.C: _____
CARGO: _____	CARGO: _____
INSTITUCION: _____	INSTITUCION: _____

**Representante Legal.**

FIRMA: _____	FIRMA: _____
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
C.C: _____	C.C: _____
CARGO: _____	CARGO: _____
INSTITUCION: _____	INSTITUCION: _____