



SALUD PUBLICA

Código: F-SP-VC13-02

ACTA TOMA DE MUESTRAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Fecha Aprobación:
10/09/12

Versión: 02

Página 1 de 1

ACTA No. _____

FECHA _____ HORA _____ OBJETO CONTROL DE CALIDAD _____ RENOVACION _____ OTRO _____

ESTABLECIMIENTO _____ DIRECCION _____ TELEFONO _____

FAX _____ CIUDAD/MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

REPRESENTANTE LEGAL _____

EMPRESA Y DIRECCIÓN DEL FABRICANTE: _____

No. ORDE N	PRODUCTO	REGISTRO SANITARIO	TIPO DE ENVASE	CONTENIDO NETO (UNIDAD)	No DE LOTE	CANTIDAD DE MUESTRA	PUNTO DE TOMA	NUMERO DE ESTAMPILLADO

OBSERVACIONES _____

Firman las personas que en ellas intervinieron:

Por parte de la Empresa

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CARGO: _____

C.C No: _____

Funcionario de salud

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CARGO: _____

C.C No: _____

Recibe Laboratorio:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____ HORA: _____ T °C _____