



SALUD PUBLICA

Código: F-SP-VC13-01

ACTA TOMA DE MUESTRAS ALIMENTOS

Fecha Aprobación:
10/09/12

Versión: 02

Página 1 de 1

FECHA: _____ HORA: _____ OBJETO CONTROL DE CALIDAD: _____ RENOVACION: _____ ACTA No. _____
ESTABLECIMIENTO: _____ DIRECCION: _____ TELEFONO: _____ FAX: _____ OTRO: _____
CIUDAD/MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____ REPRESENTANTE LEGAL: _____
VEHICULO (TIPO): _____ No PLACA: _____ PROPIETARIO: _____
EMPRESA Y DIRECCIÓN DEL FABRICANTE: _____

NO. DE MUESTRA	Nº. U/M	CONTENIDO NETO G O CM POR UNIDAD	NOMBRE DEL PRODUCTO	MARCA	PUNTO DE TOMA DE MUESTRA	T °C	TIPO DE ENVASE	NO. LOTE	REGISTRO SANITARIO Nº.	FECHA VENCIMIENTO	EXAMENES		
											FQ.	MB.	O.

OBSERVACIONES _____

Firman las personas que en ellas intervinieron:

Por parte de la Empresa:

NOMBRE: _____

FIRMA: _____ CC: _____

CARGO: _____

Funcionario de salud:

NOMBRE: _____

FIRMA: _____ CC: _____

CARGO: _____

Recibe Laboratorio:

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