

## ACTA DE DESTRUCCIÓN

Fecha Aprobación:

10/06/16

Versión: 02

Página 1 de 1

ACTA DE APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD Nro. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre (Producto)	Presentación Comercial	Fecha de Vencimiento	Lote	RS/ PS /NS	Fabricante	Distribuidor	Cantidad
Motivo o causal de destrucción:							
Motivo o causal de destrucción:							
Motivo o causal de destrucción:							

RS: Registro Sanitario    PS: Permiso Sanitario    NS: Notificación Sanitaria

**NOTA:** En caso que los productos a destruir no procedan de fábricas de alimentos, diligenciar únicamente los espacios correspondientes a nombre del producto, cantidad y motivo o causal de destrucción.

En caso de que sea necesario guardarlos de manera temporal mientras se realiza la destrucción por razones de logística u otros, los productos se guardan bajo la absoluta responsabilidad de: \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del establecimiento en mención y solo serán entregados cuando se notifique expresamente por la autoridad competente.

FIRMA POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: \_\_\_\_\_

SE NOTIFICA POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_