Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Medida sanitaria de seguridad de congelación, inmovilización o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos

Acta Número

En la ciudad de Bogotá D.C., en fecha DD MM AAAA el (los) suscrito (s) colaborador (es) de la E.S.E.: _____ Red Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. abajo firmante (s) y en ejercicio de sus colaboradores, visitó las instalaciones del establecimiento identificado con los datos que se relacionan a continuación

ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de Carpeta:
Razón social:		
Nombre del establecimiento:		
NIT -DV:	Sede:	Dirección:
Localidad:	UPZ:	
Barrio:	Ubicación:	
Teléfonos:	Correo electrónico para notificación*	
Nombre propietario:	Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:
Nombre representante legal:	Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:
Dirección de notificación:	Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐	
Línea de intervención:		
Intervención:		
Tipo de establecimiento:		
Acta de IVC SI ☐ NO ☐ No.		

#	NOMBRE PRODUCTO	MARCA	FABRICANTE, COMERCIALIZADOR O IMPORTADOR	PRESENTACIÓN	DOCUMENTO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	No. DE LOTE/ SERIAL	CANTIDAD CONGELADA	UNIDAD DE MEDIDA	**CAUSAL APLICACIÓN MEDIDA
1										

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

#	NOMBRE PRODUCTO	MARCA	FABRICANTE, COMERCIALIZADOR O IMPORTADOR	PRESENTACIÓN	DOCUMENTO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	No. DE LOTE/ SERIAL	CANTIDAD CONGELADA	UNIDAD DE MEDIDA	**CAUSAL APLICACIÓN MEDIDA
2										
3										
4										

****TM:** Toma de muestra para análisis **DO**: Documentación **RO**: Incumplimiento rotulado **CO:** Competencia de otra entidad

Esta medida se toma de conformidad con lo previsto por la Ley 09/79 y su reglamentación, especialmente lo relacionado con: _____

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Especifique la(s) causal (es) de aplicación de la medida: _____

RESGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA DE LOS PRODUCTOS O OBJETOS CONGELADOS, INMOVILIZADOS O CON SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA VENTA O EMPLEO

Nombre del establecimiento o Entidad donde se almacenarán los objetos o productos congelados, inmovilizados o con suspensión temporal de la venta o empleo:

Dirección del establecimiento o Entidad donde se almacenarán los objetos o productos congelados, inmovilizados o con suspensión temporal de la venta o empleo:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Medida sanitaria de seguridad de congelación, inmovilización o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos

Acta Número

Nombre completo de quien recibe los productos o objetos congelados, inmovilizados o con suspensión temporal de la venta o empleo:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	Cargo:

Observaciones por parte de la autoridad sanitaria: _____

Observaciones por parte del establecimiento: _____

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que realizaron la presente diligencia	Número de Anexos:

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐
Número de documento:	Número de documento:
Cargo: Representante legal ☐ Propietario ☐ Encargado ☐	Firma:
Firma:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ