Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta Medida sanitaria de seguridad - Decomiso y Registro de Cadena de Custodia

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.	Acta de Congelación o inmovilización SI ☐ NO ☐ No.	

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

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

Impresión: Secretaria 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 DECOMISADA	UNIDAD DE MEDIDA	**CAUSAL APLICACIÓN MEDIDA
2										
3										
4										

AL: Producto alterado **AD**: Producto adulterado **PC**: Producto Contaminado **DO**: Documentación **IPU:** Incumplimiento publicidad **NA:** No Autorizado para su Comercializacion.
ENA: Establecimiento no autorizado para su comercialización / tenencia / uso **FR**: Producto fraudulento **DC**: Desviación de canal comercial **RO**: Incumplimiento rotulado

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: _____

Disposición Final o tratamiento:

REGISTRO DE LA CADENA CUSTODIA DE LOS PRODUCTOS DECOMISADOS

Nombre del establecimiento o Entidad donde se almacenarán los objetos o productos decomisados:

Dirección del establecimiento o Entidad donde se almacenarán los objetos o productos decomisados:

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 completo de quien recibe los productos o objetos decomisados:		
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:	

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"

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