



GOBERNACION DE ANTIOQUIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

Acta de toma de muestra Acta N° _____

Código: FO-M2-P5-102

Versión: 3

Fecha de aprobación: 05/11/2020

1. Fecha: _____ 2. Hora: _____ 3. Nombre y dirección de productor: _____
 4. Razón Social Establecimiento: _____ 5. Dirección: _____ 6. Teléfono: _____ 7. Tipo de establecimiento: _____
 8. Ciudad, Municipio u Otro: _____ 9. Departamento: _____ 10. Representante Legal: _____
 11. Vehículo (tipo): _____ N° de Placa: _____ Propietario: _____

12 N° de Orden	13 N° U/M o Producto	14 Contenido neto gr o cc por unidad	15 Nombre del producto, marca y presentación	16 T° C	17 Tipo de envase	18 N° Lote o F.Vencimiento (si aplica)	19 Registro sanitario (si aplica)	20 Fabricante y dirección

Convenciones: U/M: Unidades por muestra del mismo lote; T°: temperatura; El número de unidades por muestra dependen de la norma de cada producto.

21. Se deja contramuestra oficial: SI NO 22. Se deja contramuestra en poder del interesado: SI NO
 23. Sitio de almacenamiento del producto muestreado: _____
 24. Análisis solicitados: _____

25. Observaciones:

Firman las personas que intervinieron en la presente diligencia:

<p>26. Por parte de la Entidad de Salud Territorial</p> <p>Nombre: _____ CC: _____ Cargo y Entidad: _____ Firma: _____</p>	<p>27. Por parte del establecimiento o responsable del producto:</p> <p>Nombre: _____ CC: _____ Cargo y Entidad: _____ Firma: _____</p>
--	---

28. Recibe Laboratorio: _____

Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ T°: _____ Firma: _____