|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTA DE APLICACIÓN** | | | | | | **ACTA DE LEVANTAMIENTO** | | | | | **DESNATURALIZACIÓN** | | | | | | | |  |
| **DECOMISO** |  | **CONGELACIÓN** | |  | | **CONGELACIÓN** | |  | | |
| **MUNICIPIO** |  | | | | | | | | | | **FECHA** | | |  | | | **EVENTO Nº AMSS** | | |
| **RAZON SOCIAL** | | | | | | | | | | | **DIRECCIÓN** | | | | | | | | |
| **TELÉFONO:** | | | | **FAX:** | | | | **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | | | | | | | | | |
| **PROPIETARIO/REPRESENTANTE LEGAL:** | | | | | | | | | | | **CÉDULA:** | | | | | | | | |
| **DIRECTOR TÉCNICO:** | | | | | | | | | | | **CÉDULA:** | | | | | | | | |
| **TITULO/CREDENCIAL:** | | | | | | | | | **INSCRIPCIÓN/REGISTRO:** | | | | | | | **FECHA:** | | | |
| **PRODUCTO / ARTICULO** | | | **FORMA FARMACÉUTICA / PRESENTACION** | | **REGISTRO SANITARIO** | | **N° LOTE** | | | **LABORATORIO FABRICANTE / MARCA** | | **CANTIDAD** | | | | | | **FECHA DE VENCIMIENTO (SI ES CONGELACION)** | |
| **NÚMEROS** | | | **LETRAS** | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **MOTIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **MOTIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **MOTIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **MOTIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **MOTIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **MOTIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **MOTIVO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROCEDIMIENTO REALIZADO COMO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD DE CONFORMIDAD A LO ESTIPULADO EN EL ART. 576 DE LA LEY 9 DE 1979 Y ART. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FUNCIONARIO** | | | | | | **POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO** | | | | | | | **TESTIGO** | | | | | | |
| **NOMBRE:** | | | | | | **NOMBRE:** | | | | | | | **NOMBRE:** | | | | | | |
| **FIRMA:** | | | | | | **FIRMA:** | | | | | | | **FIRMA:** | | | | | | |
| **CÉDULA:** | | | | | | **CÉDULA:** | | | | | | | **CÉDULA:** | | | | | | |
| **CARGO:** | | | | | | **CARGO:** | | | | | | | **CARGO:** | | | | | | |

|  |
| --- |
| SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ITAGÜÍ - Dirección de Factores de Riesgo  Calle 51 # 51 - 55 Edificio Judicial Piso 3 / Centro Administrativo Municipio de Itagüí (CAMI)- Tel: 373 76 76 |