

ACTA No: AI-____/____-_____.

En la ciudad de _____ departamento de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____, siendo las _____. Constituido/s el/los Técnicos de la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA): _____

_____ en _____ el _____ establecimiento _____ denominado _____ ubicado en _____ con número de teléfono: _____ propiedad de _____, y a quien se le explicó el motivo de la visita, la cual consiste en realizar la verificación de productos a liberar que se encuentren en el mismo, según Orden de Inspección No. _____. Inscrito ante la Agencia de Regulación Sanitaria bajo el número (Licencia Sanitaria: _____),

Datos de la Liberación Condicionada (en aduanas):

Número _____ de _____ liberación _____ condicionada: _____ Fecha que solicitó la liberación condicionada: _____ Número de liberación definitiva: _____ Número de DUCA: _____

Datos del producto:

Tipo de producto:

Alimentos y Bebidas

Dispositivos médicos

Productos farmacéuticos

Describe el tipo de producto: _____

Describe nombre del producto, lote, fecha de vencimiento, marca, número de autorización sanitaria:

Nombre y Marca del producto	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Número de Autorización Sanitaria

Existe producto pendiente de liberar: **Sí** **No**

En caso de que sea sí, descríbalos y explique por qué:

Nombre y Marca del producto	Número de Lote	Fecha de Vencimiento	Número de Autorización Sanitaria

Recomendaciones:

<i>Responsables</i>		
Responsable o Encargado del Establecimiento:	Nº Id.	Firma
Profesional Técnico ARSA:	Nº Id.	Firma
Profesional Técnico ARSA:	Nº Id.	Firma
Profesional Técnico ARSA:	Nº Id.	Firma
Testigo 1:	Nº Id.	Firma