



Laboratorio de Salud Pública  
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

ACTA No. 003	
INFORMACION ESTABLECIMIENTO	
RAZÓN SOCIAL: <u>Deposito San Francisco</u> ACTIVIDAD INDUSTRIAL: <u>Expendio Alimentos</u> REPRESENTANTE LEGAL: <u>Dairon Gomez</u> C.C. NIT: <u>10705082-9</u>	
MUNICIPIO: <u>Hato Nuevo</u> LOCALIDAD O VEREDA: <u>Los Angeles</u> DIRECCION: <u>Cll 15 N-19-06</u> BARRIO: <u>Los Angeles</u> TELÉFONO: <u>311 618 5520</u>	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
FABRICA <input type="checkbox"/> EXPENDIO <input checked="" type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/> INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/> OTRO (¿cual?):	
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/> ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/> NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/> OTRO (¿cual?):	
OBJETO DE LA MUESTRA	
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: <u>16</u> <u>06</u> <u>2025</u> HORA TOMA DE MUESTRAS: <u>10:50</u> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM	
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	

No	TIPO DE MUESTRA	ANÁLISIS SOLICITADO (*)	NÚMERO DE UNIDADES POR MUESTRAS	NOMBRE DEL PRODUCTO	MARCA	Temp. °C	REGISTRO SANITARIO	PRODUCTOR Y/O IMPORTADOR	TIPO DE EMPAQUE	FECHA DE PRODUCCION	No DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			
													RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP. °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	Aqua	3	830ml	Aqua potable	La cascada		25.8 0616 150-1027	La cascada	Botisa		ok 63	Sept 31 101-1025	X			
2																
3																
4																
5																

Observaciones:

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la toma de muestra, hoy

16 06 2025 en Hato Nuevo - LA GUAJIRA

FUNCIONARIOS DE SALUD		RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma	<u>Hairo e Delacruz</u>	Firma	<u>Yolisa Gomez</u>
Nombre	<u>Hairo e Delacruz</u>	Nombre	<u>Yolisa Gomez</u>
C.C.	<u>26989144</u>	C.C.	<u>119812860</u>
Cargo	<u>tecnico</u>	Cargo	<u>trabajadore.</u>
Institución	<u>G.S. D.C</u>	Institución	<u>Provinciales San Francisco</u>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAJIRA			
FECHA RECIBIDO:	<u>16</u> <u>06</u> <u>2025</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	<u>Dairon Gomez</u>
HORA:	<u>4:00</u> AM <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/>	FIRMA:	<u>[Firma]</u>
(*) 1 FISICOQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISICOQUIMICO Y MICROBIOLOGICO			





ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

RAZON SOCIAL: <u>Agua pura fresh</u>		ACTIVIDAD INDUSTRIAL: <u>Albania</u>	REPRESENTANTE LEGAL: <u>Miguel Vargas</u>	C.C.O.N.T.: <u>49130891</u>
MUNICIPIO: <u>Albania</u>	LOCALIDAD O VEREDA: <u>Albania</u>	DIRECCION: <u>Calle 2-2A-31</u>	BARRIO: <u>Barrio</u>	TELEFONO: <u>322449302</u>
FABRICA <input type="checkbox"/>	EXPEDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	VIVIENDA <input type="checkbox"/>	INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/>	INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/>
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/> ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/> NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/> OTRO (¿cuál?):				
OBJETO DE LA MUESTRA				
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA				
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: <u>16</u>	<u>06</u>	<u>2025</u>	HORA TOMA DE MUESTRAS: <u>10:40</u>	<u>PM</u>

No	TIPO DE MUESTRA	ANALISIS SOLICITADO (*)	NUMERO DE UNIDADES POR MUESTRAS	NOMBRE DEL PRODUCTO	MARCA	Temp. °C	REGISTRO SANITARIO	PRODUCTOR V/O IMPORTADOR	TIPO DE EMPAQUE	FECHA DE PRODUCCION	No DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	COMIO DE INGRESO
1	Agua	3	8	Agua pura fresh	Agua pura fresh		0023638-2023	Polso	-0-	01	31-01-24	X				
2	Empaquetada															
3																
4																
5																

Observaciones: Se evidencian 2 números de lote en el empaque y se compran en fecha

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la toma de muestra, hoy 16 de 06 de 2025 en LA GUAJIRA.

FUNCIONARIOS DE SALUD		RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma	<u>[Firma]</u>	Firma	<u>[Firma]</u>
Nombre	<u>Alfonso</u>	Nombre	<u>Abel</u>
C.C.	<u>1128268</u>	C.C.	<u>84103830</u>
Cargo	<u>Representante</u>	Cargo	<u>Abuelo</u>
Institución	<u>S.S.O.C.</u>	Institución	<u>Abuelo</u>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA

FECHA RECIBIDO: 16 06 25

HORA: 4:00 AM

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Donie Lopez

FIRMA: [Firma]

(\*) 1 FISICOQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISICOQUIMICO Y MICROBIOLOGICO