



Secretaría de Salud

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

ACTA No.:	
INFORMACION ESTABLECIMIENTO	
RAZON SOCIAL: <u>Tienda El Pisenir</u> ACTIVIDAD INDUSTRIAL: <u>Expendio de Alimentos</u> REPRESENTANTE LEGAL: <u>Helmer Barrio</u> C.C o NIT: <u>1122416858</u>	
MUNICIPIO: <u>San Juan del C.</u> LOCALIDAD O VEREDA: DIRECCION: <u>C14 Sur-46</u> BARRIO: <u>Barrio 1</u> TELEFONO: <u>3014998813</u>	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
FABRICA <input type="checkbox"/>	EXPENDIO <input checked="" type="checkbox"/>
VIVIENDA <input type="checkbox"/>	INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/>
OBJETO DE LA MUESTRA	
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/>	ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>
NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/>	
OTRO (¿cual?):	
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: <u>04 06 2025</u>	HORA TOMA DE MUESTRAS: <u>6:30</u> AM <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/>

No	TIPO DE MUESTRA	ANALISIS SOLICITADO (*)	NUMERO 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 MUESTRO	CONCHO DE RADICADO
1	Aguja	3	8(300ml)	Aguja Gotas del Sur	Gotas del Sur		PSA 001	Gotas del Sur	botón	NT	04	30/06/25				
2	Aguja	3	8(300ml)	Aguja Galaxia	Galaxia		Amb 333002	Galaxia	botón	NT	09	31/07/25				
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:

DIA MES AÑO en LA GUAYRA.

FUNCIONARIOS DE SALUD		RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma <u>Mahaxya Suarez R</u>	Firma <u>Helmer Barrio</u>		
Nombre <u>Mahaxya Suarez R</u>	Nombre <u>Helmer Barrio</u>		
C.C. <u>1122397876</u>	C.C. <u>1722416858</u>		
Cargo <u>Raf. Salud Ambiental</u>	Cargo <u>Administrador</u>		
Institución <u>S.S.D.C</u>	Institución <u>El Pisenir</u>		

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAYRA			
FECHA RECIBIDO: <u>05 06 2025</u>	HORA: <u>3:35</u> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>Deisy Fayle</u>	FIRMA: <u>Deisy Fayle</u>
(*) 1 FISICOQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISICOQUIMICO Y MICROBIOLOGICO			

CONIGO: NGLA-013

VERSION: 5

FECHA DE APROBACION: April / 2025

Página 1 de 1



Secretaría
de Salud

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

ACTA No. 02	
INFORMACION ESTABLECIMIENTO	
RAZON SOCIAL: Super tienda Villavieja	ACTIVIDAD INDUSTRIAL: Expendio de Alimentos
MUNICIPIO: Villavieja	LOCALIDAD O VEREDA:
DIRECCION: Cr 14 #12-10	
BARRIO: Las Delicias	
C.C.O. NIT: 135151640	
TELÉFONO: 3025866244	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
FABRICA <input type="checkbox"/>	EXPENDIO <input checked="" 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	
INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/>	
OTRO (¿cuál?):	
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: 06 06 2025	HORA TOMA DE MUESTRAS: 5:41 AM

No	TIPO DE MUESTRA	ANÁLISIS SOLICITADO (*)	NÚMERO 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 MUESTREO	CONTRIO DE MUESTREO
1	Agua	3	8/300ml	Parano Agua Purificada	PARANO	amb	20.1	Agua Purificada	Bolsa	—	62	31-10-25				
2	Agua	3	8/300ml	Agua pura el Salto	el Salto	amb	20.2	Agua Salto	Bolsa	—	70	31-10-25				
3																
4																
5																

Observaciones:

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

LA GUAYRA.

FUNCIONARIOS DE SALUD		RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma	Nombre	Firma	Nombre
	Diana Corzo JF		Nestor Serrano
C.C.	144330092	C.C.	1351640
Cargo	Rembudo 99	Cargo	ENCUERDO
Institución	S.S.D.G.	Institución	Superfrenda Villavieja

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA	
FECHA RECIBIDO:	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:
HORA: 05 06 2025	3:35 AM
Firma:	

CODIGO: F3A - 013

VERIFICAR: 3 FECHA DE APROBACION: Abril / 2025

Página 1 de 1



Secretaría de Salud

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

ACTA No: 002	
INFORMACION ESTABLECIMIENTO	
RAZON SOCIAL: <u>Provisióna Toda a de Dios</u>	
ACTIVIDAD INDUSTRIAL: <u>Expendio de Alimentos</u>	
MUNICIPIO: <u>URUMITA</u>	
LOCALIDAD O VEREDA: <u>La Gabriela Villalba</u>	
DIRECCIÓN: <u>Cra 6 # 9-05</u>	
BARRIO: <u>Caracas</u>	
C.C.O.N.T.: <u>700 232 4280</u>	
TELÉFONO: <u>3116923186</u>	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
FABRICA <input type="checkbox"/> EXPENDIO <input checked="" type="checkbox"/> VIVIENDA <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE SALUD <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN EDUCATIVA <input type="checkbox"/> OTRO (¿cuál?):	
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/> ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/> NOTIFICACIÓN COMUNITARIA <input type="checkbox"/> OTRO (¿cuál?):	
OBJETO DE LA MUESTRA	
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: <u>04</u> <u>06</u> <u>2025</u>	
HORA TOMA DE MUESTRAS: <u>70:02</u> <u>AM</u> <u>PM</u>	

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 PRODUCCIÓN	Nº DE LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	RECEPCIÓN DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			
1	Agua	3	130ml	Pura potable tratada	Pura Vida	443	003268	Vanguardia	Bolsa	M.R.	1	Sep/30/25	RECIBIDA	RECIBIDA	TEMP. °C DE INGRESO	CÓDIGO DE RADICACIÓN
2																
3																
4																
5																

Observaciones:

RSA - 0031268 - 2024

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

FUNCIONARIOS DE SALUD

RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

Firma	Firma
<u>Arce Lucero</u>	<u>Lorenzo Diao</u>
Nombre: <u>Darlenys Guerra Arias</u>	Nombre: <u>Lorenzo Diao</u>
C.C.: <u>7-119.836.585</u>	C.C.: <u>13.515.372</u>
Cargo: <u>Ref. Salud Amb.</u>	Cargo: <u>Alimentador</u>
Institución: <u>S.S.D.G.</u>	Institución: <u>La Gabriela Villalba</u>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA			
FECHA RECIBIDO:	<u>05</u> <u>06</u> <u>2025</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	<u>Deive Fajal</u>
HORA: <u>3:35</u>	<u>AM</u> <u>PM</u>	FIRMA:	<u>Deive Fajal</u>

(*) 1 FISIQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISIQUIMICO Y MICROBIOLOGICO



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

ACTA No: 001	
INFORMACION ESTABLECIMIENTO	
Razón Social: <u>La Nueva Zapoteca</u> ACTIVIDAD INDUSTRIAL: <u>Expendio de Alimentos</u> REPRESENTANTE LEGAL: <u>Saul Nuñez Olave</u> C.C.O.NIT: <u>7102548310-2</u>	
MUNICIPIO: <u>La Jagua</u> LOCALIDAD O VEREDA: <u>Tranquilidad</u> DIRECCIÓN: <u>Cr44-10</u> BARRIO: <u>Tranquilidad</u> TELÉFONO: <u>322 377 0938</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 (¿cuál?):	
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: 05 06 2025	HORA TOMA DE MUESTRAS: PM

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			
1	Agua	3	8(300ml)	Agua potable tratada a Nallenata	AMB 0034335	Agua		BOLSA	N.R	65	31-08-25	X	RECIBIDA	RECIBIDA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
2																
3																
4																
5																

Observaciones: PSA - 0034335-2024

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

05 06 2025 en LA JAGUA - LA GUAJIRA

FUNCIONARIOS DE SALUD		RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma: <u>[Firma]</u>	Nombre: <u>Darley's Guerra Araya</u>	Firma: <u>[Firma]</u>	Nombre: <u>Juan Villanueva Olave</u>
C.C.: <u>7-119-836-585</u>	C.C.: <u>13516464</u>	C.C.: <u>13516464</u>	C.C.: <u>13516464</u>
Cargo: <u>Def. Salud. Amb.</u>	Cargo: <u>Alimentación</u>	Cargo: <u>Alimentación</u>	Cargo: <u>Alimentación</u>
Institución: <u>S.S.D.G.</u>	Institución: <u>La Nueva Zapoteca</u>	Institución: <u>La Nueva Zapoteca</u>	Institución: <u>La Nueva Zapoteca</u>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA			
FECHA RECIBIDO: 05 06 2025	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>Deisy Paray</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>	
HORA: 3:35 AM	PM		
(*) 1 FISIQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISIQUIMICO Y MICROBIOLOGICO			



Secretaría
de Salud

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

ACTA No: 002	
INFORMACION ESTABLECIMIENTO	
RAZÓN SOCIAL: <u>Provisiones La Nueva Reforma</u> ACTIVIDAD INDUSTRIAL: <u>Expendio de Alimentos</u> REPRESENTANTE LEGAL: <u>Juan Pablo Orozco</u> C.C. NIT: <u>1045019166-2</u>	
MUNICIPIO: <u>Hatoneuevo</u>	LOCALIDAD O VEREDA: _____
DIRECCIÓN: <u>Calle 15 N° 18-07</u> BARRIO: <u>El Carmen</u> TELÉFONO: <u>3152343214</u>	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
FABRICA <input type="checkbox"/>	EXPEDIO <input checked="" type="checkbox"/>
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/>	ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>
OBJETO DE LA MUESTRA	
NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/> OTRO (¿cuál?): _____	
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: <u>05</u> <u>06</u> <u>2025</u>	HORA TOMA DE MUESTRAS: <u>11:59</u> <u>PM</u>

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	RECIBIÓVALA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO	
1	Agua	3	8 Litro ml	Agua potable tratada Peralta	Peralta		25833-2021	Agua buena	Poliso		Lot 69	2025-15	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:

FUNCIONARIOS DE SALUD		RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	
Firma	<u>Flora e Delacruz</u>	Firma	<u>Henry José Uribe H.</u>
Nombre	<u>Flora e Delacruz</u>	Nombre	<u>Henry José Uribe H.</u>
C.C.	<u>26982144</u>	C.C.	<u>7128.189.778</u>
Cargo	<u>Técnico</u>	Cargo	<u>Propietario</u>
Institución	<u>O.S. D.G.</u>	Institución	<u>La Nueva Reforma</u>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA			
FECHA RECIBIDO:	<u>05</u> <u>06</u> <u>2025</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	<u>Deive Jorge</u>
HORA:	<u>3:35</u> <u>AM</u>	FIRMA:	<u>[Firma]</u>



Secretaría de Salud

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

ACTA No.:		INFORMACION ESTABLECIMIENTO	
RAZON SOCIAL: <u>Tienda Jireth</u>		ACTIVIDAD INDUSTRIAL: <u>Expendio Alimentos</u>	
MUNICIPIO: <u>San Juan del Cesar</u>		LOCALIDAD O VEREDA: <u>La Vidua</u>	
DIRECCION: <u>CRA No 134-54 Barrio La Vidua</u>		C.C.O.NIT: <u>5165835</u>	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO		TELÉFONO: <u>3229060682</u>	
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 (¿cuál?):			
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>04 06 2025</u>	HORA TOMA DE MUESTRAS: <u>12:20</u>	(AM) PM	

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			
1	Agua	3	800ml	Agua del monte Carmelo	Del monte Carmelo	33.6-38.6	PSA 001	Del monte Carmelo	bolsa	NT	61	30 junio 25	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RASTREADO
2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
3	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				

Observaciones:

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

FUNCIONARIOS DE SALUD

DIA

MESES

AÑO

en

LA GUAJIRA

RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

Firma <u>Marlene yke Suarez</u>	Firma <u>Edinson Flanavel Mejia</u>
Nombre <u>Marlene yke Suarez</u>	Nombre <u>Edinson Flanavel Mejia</u>
C.C. <u>1122393896</u>	C.C. <u>5165835</u>
Cargo <u>Ref Salud Amb.</u>	Cargo <u>propietario</u>
Institución <u>S.S.D.6.</u>	Institución <u>Tienda Jireth</u>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAJIRA			
FECHA RECIBIDO: <u>05 06 2025</u>	HORA: <u>3:35</u>	AM	PM
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>Deixe Foyle</u>		FIRMA: <u>[Firma]</u>	
(*) 1 FISCOQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISCOQUIMICO Y MICROBIOLOGICO			