

A W O W

Powered by  CamScanner

A los 05 días del mes de Agosto de 2025 el Despacho en ejercicio de las atribuciones conferidas en el Decreto 1421 de 1993 Art. 86, Ley 1801 de 2016 Art. 87°, 90° y 92° y siguientes, Acuerdo 735 de 2019 se practica diligencia de verificación constatando lo siguiente:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Abundancia 2012 S.A.S
Les Amis Piscochén

NOMBRE DEL PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL: Julia Samitsky

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN TIPO Nit No. 900534082 ↓

DIRECCIÓN: Carrera 16 # 86 A 05 CE. 180091

BARRIO: Antiguo Country (Chapinero)

ACTIVIDAD DESARROLLADA AL MOMENTO DE LA VISITA (CÓDIGO Y/O DESCRIPCIÓN:

1081, 5629
Sensibilización Ley 1801 de 2016, art 87,
DOCUMENTOS EXHIBIDOS: al día

DERECHOS DE AUTOR ACTUALIZADO (SI / NO): Si (03462791)

CÁMARA DE COMERCIO (NÚMERO): 02229043 (02623071)

REGISTRO NACIONAL DE TURISMO (SI APLICA, VIGENCIA Y NÚMERO DE REGISTRO):

No aplica

ACTIVIDAD DECLARADA EN CÁMARA DE COMERCIO (CODIGO Y/O DESCRIPCION):

1081, 5629

OBSERVACIONES: Se realiza sensibilización Ley Antiruido, se
informa que la visita se realiza por queja de ruido por
extractor industrial, Presentan concepto de bome-
ros, concepto sanitario favorable con requerimiento

CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS DE LEY: Parcialmente 62022

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal: 111711
Tel. 3387000 - 3820660
Información Línea 195
www.gobiernobogota.gov.co

Código: GET-IVC-F072

Versión: 02

Vigencia: 07 de junio de 2022

Caso HOLA: 247535

Página 1 de 2



Se acompañe a radicar carta de apertura
solicitar concepto de uso de suelo,
solicitar visita de sanidad.

MEDIDA CORRECTIVA (CÓDIGO Y/O DESCRIPCIÓN): No aplica
medida correctiva.

No siendo otro el objeto de la presente diligencia se da por terminada una vez leída ya probada por los que en ella intervinieron.

Alcalde (sa) Local
(Nombre y Cédula)

Ministerio Público
(Nombre y Cédula)

Liliana Rojas
Delegado o responsable
Grupo de Gestión Jurídica Alcaldía Local
(Nombre y Cédula) 40442809

Delegado Estación de Policía
(Nombre y Cédula)

Delegado o responsable Secretaria Distrital de Gobierno
(Nombre y Cédula)

Hospital de: No aplica

Otras Entidades: _____

Quien atendió la visita: _____

Firma: A. Peña

Nombre: Andetti Peña

CC No.: 1015487338