


Scanned with
 CamScanner™

Gobernación Cundinamarca	PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DE SALUD GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	Código: M-PDS-GSP-VSP-FR-199 Versión: 01												
	ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS QUE OFERTAN SERVICIOS AFINES VETERINARIOS													
CIUDAD/MUNICIPIO: Arbeláez	FECHA: 31/03/2026	ACTA N°: _____												
TIPO DE ESTABLECIMIENTO <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> Guardería de perros y gatos <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> Tienda de mascotas <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> Escuelas o centros de adiestramiento canino <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> Peluqueros o centros de estética para perro y gatos <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> Lugar de compra y venta de perros y gatos <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> Criaderos de perros y gatos <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> Servicios funerarios y actividades relacionadas para perros y gatos <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;"> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ </div> </div>														
IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO														
*CAMPO OBLIGATORIO RAZÓN SOCIAL: Jina Paula Perez Morales. CÉDULA / NIT: 1071549266-9 NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: _____ NOMBRE COMERCIAL: Agropecuaria Perez. SEDE: _____ DIRECCIÓN: Calle B H 5-14 MATRÍCULA MERCANTIL: N° _____ DEPARTAMENTO: Cundinamarca. MUNICIPIO: Arbeláez Barrio: Centro Vereda: _____ Comuna: _____ Localidad: _____ Sector: _____ UPZ: _____ Centro poblado no municipalizado: _____ Otro: <input type="checkbox"/> Cui: _____ TELÉFONOS: 315271362. CORREO ELECTRÓNICO: limaperez2610@gmail.com. NOMBRE DEL PROPIETARIO: Jina Paula Perez Morales. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número de documento: 1071549266 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> Número de documento: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: _____ EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: _____ HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: 8-12-2-6 D a D N° DE TRABAJADORES: 1 N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: _____ CÓDIGO CIU: _____ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <th>NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECIMIENTO</th> <th>TARJETA PROFESIONAL</th> <th>NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECIMIENTO</th> <th>TARJETA PROFESIONAL</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECIMIENTO	TARJETA PROFESIONAL	NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECIMIENTO	TARJETA PROFESIONAL								
NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECIMIENTO	TARJETA PROFESIONAL	NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECIMIENTO	TARJETA PROFESIONAL											
CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA														
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	dia / mes / año	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA	FAVORABLE FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS DESFAVORABLE	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%									
N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA														
*MOTIVO DE LA VISITA														
PROGRAMACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>		SOLICITUD DEL INTERESADO		ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS										
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS / PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.										
OTRO	Especifique: _____													
NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS: _____														
CRITERIOS DE EVALUACIÓN														
Cumplimiento (C)		Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar												
Cumplimiento parcial (CP)		Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar												
No cumplimiento (NC)		Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar a evaluar												
Crítico (CR)		La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y debe aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que implica que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales												
No Aplica (NA)		Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciará como Cumple (C) y se indicará en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)												
1. REVISIÓN DOCUMENTAL Y DE SERVICIOS VETERINARIOS OFERTADOS (Marque con una X)														
1.1 DOCUMENTOS		DOCUMENTADO		OBSERVACIONES										
		SI	NO											
1.1.1	Documento de Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo (en caso de no contar, notificar autoridad competente)	X												
1.1.2	Plan de capacitación prácticas higiénicas, bioseguridad, uso de EPP (Art 2.8.5.2.17 Decreto 780 de 2016)	X												
1.1.3	Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)		X											
1.1.4	Soportes de vacunación del personal que labora en el establecimiento contra la hepatitis B, tétanos, rabia (en caso de contar con estos) (Art 2.8.5.2.17 Decreto 780 de 2016)		X											
1.1.5	Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de control de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.		X											
1.1.6	Soportes de registros de mantenimiento de cadena de frío, registros de temperatura (medicamentos y vacunas); Manual técnico administrativo para el manejo de biológicos de uso en animales.		X											
1.2 SERVICIOS VETERINARIOS EN CASO DE OFERTARSE		DOCUMENTADO		HALLAZGOS Y OBSERVACIONES										
		SI	NO	NA										
1.2.1	Cuenta con los equipos e instrumentos suficientes y en buen estado para el desarrollo de la actividad de acuerdo con los servicios ofertados (Cepillos, secadores, maquinas resuradoras, tijeras, cuchillas, etc.)		X											
1.2.2	Soporte de registro de matrícula profesional ante Consejo Profesional obligatorio para clínicas y consultorios veterinarios en donde se presten servicios veterinarios (consulta, vacunación, diagnóstico y tratamiento) (Art 62 y 64 Ley 578 de 2005)		X											
1.2.3	Se observa que los servicios y atenciones aseguran la protección y bienestar de los animales (Leyes 1774 de 2016, 1801 de 2016, 2294 de 2023)		X											
2. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD														
ASPECTO A VERIFICAR		C	CP	NC	NA									
2.1	El establecimiento está ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores, y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ubiquen peligro de inundación, erosión y otro tipo de amenazas de tipo natural o antrópico (Art 160, 162, 163 y 164 Ley 9 de 1979)	①	2	0	1									
2.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores son accesibles cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14061 de 1995)	②	1	0	2									

2.3	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes y tienen foto luminica. (Art 95 Ley 9 de 1979) (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0	2		2
2.4	Los corredores internos cumplen con las disposiciones establecidas en el Art 46 Resolución 14861 de 1985.	2	1	0	2		2
2.5	El establecimiento cuenta con una adecuada distribución de sus dependencias, con zonas específicas para los distintos usos y actividades, claramente separadas, delimitadas o demarcadas y, cuando la actividad así lo exija, tendrán espacios independientes para depósitos de materias primas, elaboración, procesos especiales, depósitos de productos terminados y demás secciones requeridas para una operación higiénica y segura. (Art. 91 Ley 9 de 1979)	4	2	0	4		4
2.6	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales. (Art 185 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2		2
2.7	En el establecimiento los pisos son sólidos, impermeables, antideslizantes, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes, revelados para facilitar el drenaje. (Art 92, 193 y 194 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2		2
2.8	Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están contruidos, instalados, mantenidos, accionados, señalizados y protegidos de manera que se prevengan los riesgos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión. (Art 117 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2		2
2.9	La ventilación natural y/o artificial, son adecuadas para su uso, con el objeto de evitar la acumulación de olores, condensación de vapores y elevación excesiva de la temperatura. (Art 109 y 186 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2		2
2.10	La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 198 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2		2
2.11	Si otros servicios de peluquería y/o estética animal dispone de áreas separadas para el desarrollo de esta actividad. (Art 91 y 92 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2		2
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE							La calificación del bloque corresponde al % del total del acta
3. CONDICIONES SANITARIAS							
ASPECTO A VERIFICAR		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
3.1	El establecimiento cuenta con servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en cantidad suficientes para uso de los trabajadores, incluyendo visitantes. (Art 188 Ley 9 de 1979) (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	4	2	0	4	4	
3.2	El establecimiento se mantiene en orden, aseo y cuenta con un programa de limpieza y desinfección para las instalaciones y equipos documentado e implementado (procedimientos, planillas, concentraciones y registros). (Art 207 Ley 9 de 1979) (Art 11 Resolución 1229 de 2013)	3	1.5	0	3	3	
3.3	Dispone de cuartos independientes o unidades para lavado de implementos de aseo y espejo suficiente para colocación de escobas, trapeos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito y este se encuentra ordenado y en adecuadas condiciones de higiene y limpieza. (Art. 91 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0	3	3	
3.4	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados. (Art 6, 7, 8 Ley 55 de 1993) (Art 7 Resolución 773 de 2021)	3	1.5	0	3	3	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE							La calificación del bloque corresponde al % del total del acta
4. CONDICIONES DE SANEAMIENTO							
4.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
4.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo. (Art. 185 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0	3	3	
4.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable. (Art 165 Ley 9 de 1979)	4		0	4	CR	
4.1.3	Las instalaciones interiores para suministro están diseñadas y construidas para su funcionamiento normal con dotación de servicio continuo y presión suficiente de servicio en todos los sitios de consumo. (Art 10 numeral 2 Decreto 1575 de 2007) (Art. 175 y 176 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2	2	
4.1.4	El establecimiento cuenta con tanques para el almacenamiento de agua potable debidamente protegidos y con capacidad suficiente para garantizar el suministro en la totalidad de sus instalaciones. (Art 10 Decreto 1575 de 2006)	2	1	0	2	2	
4.1.5	El establecimiento realiza semestralmente el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable. (revisar soportes) (Art 10 Decreto 1575 de 2006)	2	1	0	2	2	
4.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIENTES		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
4.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otros sistemas alternativos. (Art 10 y 36 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2	2	
4.2.2	Las instalaciones para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas para que permitan escurrimiento, eviten obstrucciones, impida el paso de gases y animales de la red pública al interior, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable. (Art 177 Ley 9 de 1979)	2	1	0	2	2	
4.3 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
4.3.1	El establecimiento realiza lavado de ropa hospitalaria o esterilización de material quirúrgico (Si / No). Si la respuesta es "Si", debe evaluarse el ítem 3.2.2 y no calificar el bloque 3.3. Este ítem aplica únicamente a establecimientos que ofrezcan servicios funerarios o peluquería/cabina de estética.	B			No		
4.3.2	Cuenta con Plan de Gestión Integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades (Título X Decreto 780 de 2016. Resolución 591 de 2024). Criterios a verificar en el acta GIRASA.	8	4	0	8	Los hallazgos se encuentran relacionados en el Anexo: Acta de IVC sanitario para la gestión de los residuos generados en atención en salud y otras actividades (GIRASA) No	
4.4 MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
4.4.1	Cuenta con programa para el manejo y gestión integral de sus residuos sólidos documentado e implementado.	3	1.5	0	3	3	
4.4.2	El área para el almacenamiento de residuos cumple con condiciones sanitarias	3	1.5	0	3	3	
4.4.3	Cuenta con recipientes de material rígido que facilita su limpieza y desinfección e identificados para el manejo de residuos y da cumplimiento al código de colores. (Art 4 Resolución 2164 de 2019)	2	1	0	2	2	
4.5 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
4.5.1	Existe y está implementado y documentado un programa de manejo integrado de plagas. (Art 201 y 593 Ley 09 de 1979)	2	1	0	2	2	
4.5.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación. (Art 188 Ley 9 de 1979)	4		0	4	CR	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE							La calificación del bloque corresponde al % del total del acta
5. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTIÓN DEL RIESGO							
ASPECTO A VERIFICAR		C	CP	NC	NA	HALLAZGOS	
5.1	Se encuentran claramente señalizados las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc. (Art 52 Resolución 14861 de 1985) (Art 206 Ley 9 de 1979)	4	2	0	4	4	
5.2	Fichas de Datos de Seguridad - FDS de las sustancias químicas utilizadas almacenadas. (Art 102 de la Ley 9 de 1979) (Art 8 Ley 50 de 1993)	2	1	0	2	2	
5.3	Todos los equipos, máquinas, herramientas, instalaciones y redes (eléctricas, vapor, agua, aire, entre otros) están diseñados, contruidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riesgos y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión o altas temperaturas. Las tuberías de conducción de gases y	4	2	0	4	4	
5.4	El establecimiento cuenta con soportes de registros de mantenimiento preventivo y correctivo para maquinarias y equipos. (Art. 84 y 112 Ley 9 de 1979)	3	1.5	0	3	3	
5.5	El establecimiento cuenta con un área destinada al almacenamiento seguro de sustancias químicas utilizadas o comercializadas, de igual forma ha desarrollado, implementado y actualizado la matriz de compatibilidad química como parte de las prácticas para el almacenamiento seguro de sustancias químicas, para definir la implementación de acciones y valorar los riesgos asociados a la manipulación, almacenamiento e interacciones entre las sustancias químicas almacenadas. (Numeral 14 de la recomendación 177 de la OIT. Art. 121 Ley 9 de 1979, numeral 14, Título II, art. 27 Ley 55 de 1993)	2	1	0	2	2	
5.6	El establecimiento cuenta con las medidas para evitar la presencia de agentes químicos y biológicos que pongan en riesgo la salud o el ambiente. (Art 101 Ley 9 de 1979) así como con medidas de control operativo en el lugar de trabajo. (Ley 55 de 1993, Numeral 12 Recomendación 177 de OIT) (Art 102 a 104 Ley 9 de 1979)	4	2	0	4	4	

5.7	El establecimiento ha implementado capacitaciones según el riesgo asociado a las actividades desarrolladas, orientado hacia la seguridad de los procesos relacionados con sustancias químicas (Decreto 1406 de 2016, Resolución 773 de 2021)	2	1	0	2	2
5.8	Existe botiquín de primeros auxilios (Art 127 Ley 9 de 1979)	1	1	0	2	2
5.9	El establecimiento cuenta con estufas o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento (Art 205 Ley 9 de 1979) (Art 52 y 54 Resolución 14061 de 1985)	2	1	0	2	2
5.10	El personal operativo cuenta con los elementos y equipos de protección personal requeridos para el desarrollo de las actividades (Art 2.8.5.2.17 Decreto 780 de 2016)	3	1.5	0	3	3
5.11	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado (Art. 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	2	1	0	2	2

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE

La calificación del bloque corresponde al **30** % del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES SANITARIAS

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
97%	FAVORABLE <input checked="" type="checkbox"/>	85%-100%
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	50%-84%
	DESFAVORABLE	< 49.9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico" independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representando el riesgo inmediato a la salud pública con aplicación de medidas sanitarias (DS-AMR) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NUMERO TOTAL DE MUESTRAS DE AGUA TOMADAS

NUMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS (Se debe ajustar al establecimiento a la normalidad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.)

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

El establecimiento solamente ofrece venta de insumos y alimentos concentrados únicamente.

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD PREVENTIVA III _ NO _

<input type="checkbox"/> Clausura temporal total	<input type="checkbox"/> Decomiso	<input type="checkbox"/> Vacunación personas o animales
<input type="checkbox"/> Clausura temporal parcial	<input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización	<input type="checkbox"/> Destrucción o desnaturalización
<input type="checkbox"/> Suspensión parcial de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/> Congelación	<input type="checkbox"/> Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
<input type="checkbox"/> Suspensión total de trabajos o servicios	<input type="checkbox"/> Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles	<input type="checkbox"/> Desocupación o desajuste de establecimientos o vivienda
<input type="checkbox"/> Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades		

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DIAS HABILES PLAZO	
FECHA INICIO PLAZO	
FECHA LIMITE DE PLAZO	

VIII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____

FOR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA

FIRMA: <i>Dario Ortega</i>	FIRMA: _____
NOMBRE: Dario Ortega	NOMBRE: _____
CÉDULA: 81 341 021	CÉDULA: _____
CARGO: M.U.2	CARGO: _____
INSTITUCIÓN: S.S.C	INSTITUCIÓN: _____

FOR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO

FIRMA: <i>Lina Piedad Pérez Morale</i>	FIRMA: _____
NOMBRE: Lina Piedad Pérez Morale	NOMBRE: _____
CÉDULA: 1011591266	CÉDULA: _____
CARGO: Propietaria	CARGO: _____
INSTITUCIÓN: Agropecuaria Perot.	INSTITUCIÓN: _____