



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA NO:		ASPECTOS GENERALES										
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: <u>Veolia agua de la Guayma</u>		TELÉFONO: <u>314 9804580</u>										
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Esteban E. Rodríguez</u>		C.C. o NIT: <u>9014348315</u>										
DIRECCION: <u>Calle 15 # 20-26</u>		MUNICIPIO: <u>San José</u> LOCALIDAD O VEREDA:										
TIPO DE ESTABLECIMIENTO												
INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/> INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> RED DE DISTRIBUCION <input checked="" type="checkbox"/>												
CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/> INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/> BATALLON <input type="checkbox"/> OTRO (¿cual?):												
FUENTE DE ABASTECIMIENTO												
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> QUEBRADA <input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> POZO PROFUNDO <input type="checkbox"/> PISCINA <input type="checkbox"/>												
OTRO (¿Cual?):												
OBJETO DE LA MUESTRA												
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/> NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/> ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>												
OTRO (¿Cual?):												
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA												
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA <u>25</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2025</u>												
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO (*)	DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			
						pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	<u>PHFS</u>	<u>10:14</u>	<u>X</u>		<u>3</u>	<u>6.95</u>	<u>1.16</u>	<u>26.80</u>				
2												
3												
4												
5												
6												
7												

Observaciones:		RESPONSABLE O PROPIETARIO DE LA MUESTRA	
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			
Firma:	<u>[Firma]</u>	Firma:	<u>Esteban E. Rodríguez</u>
Nombre:	<u>Esteban E. Rodríguez</u>	Nombre:	<u>Esteban E. Rodríguez</u>
C.C.:	<u>9014348315</u>	C.C.:	<u>9014348315</u>
Cargo:	<u>Gerente de Producción</u>	Cargo:	<u>Gerente de Producción</u>
Institución:	<u>SSVE</u>	Institución:	<u>SSVE</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYMA			
FECHA RECIBIDO:	<u>26</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	<u>[Firma]</u>
HORA:	<u>2:30</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: Cooperativa de Madres Comunitarias ACTIVIDAD INDUSTRIAL: EIPI Renacer Afro REPRESENTANTE LEGAL: Cooperativa de Madres Comunitarias C.O.N.T.: 842007839-1
MUNICIPIO: Barranca LOCALIDAD O VEREDA: 11 DIRECCIÓN: Calle 16 # 14-38 BARRIO: Delicias II TELÉFONO: 311 693 2468

FABRICA ☐ EXPENDIO ☐ VIVIENDA ☒ INSTITUCION DE SALUD ☐ INSTITUCION EDUCATIVA ☐ OTRO (¿cuál?): _____

VIGILANCIA RUTINARIA ☒ ASOCIADA A BROTE ☐ NOTIFICACION COMUNITARIA ☐ OTRO (¿cuál?): _____

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: 25 06 2025 HORA TOMA DE MUESTRAS: 8:15 AM PM

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 INGRESO
1	Agua	3	3 uni.	Agua Potable Tratada El Pilar	El Pilar		PSA 2012 y 2021	Agua Tratada El Pilar	Bolsa		64	15-Ago-2025	X		10.8
2															
3															
4															
5															

Observaciones: la operación o servicio es realizado en una estructura de vivienda unidades conocida como ucas a las que se llaman EIPI.
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 25 06 2025 en Barranca LA GUAJIRA

FUNCIONARIOS DE SALUD

Firma: [Firma]
Nombre: Marta José Chica
C.C.: 1122810288
Cargo: Tecnólogo - Contabilista
Institución: S. S. O. G.

RESPONSABLE O PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

Firma: [Firma]
Nombre: Yicenis Gonzalez
C.C.: 1010142601
Cargo: Agente educativo
Institución: EIPI Renacer Afro

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

FECHA RECIBIDO: 26 06 2025 HORA: 2:30 AM PM

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Denise Freyle FIRMA: [Firma]

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



Secretaría de Salud

ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

Laboratorio de Salud Pública

ACTA No: 06

ASPECTOS GENERALES

RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: Ubelia Aguas de la Guajira TELÉFONO: 314 9809528
REPRESENTANTE LEGAL: Esteban Alberto Rodríguez Cano C.C. o NIT: 901434637-5
DIRECCION: Calle 15 N° 19A13 MUNICIPIO: La Jirajara LOCALIDAD O VEREDA:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

INTRADOMILIARIA ☐ INSTITUCION EDUCATIVA ☐ HOTEL ☐ RED DE DISTRIBUCION ☒
CENTRO RECREACIONAL ☐ INSTITUCION DE SALUD ☐ BATALLON ☐ OTRO (¿cuál?):
FUENTE DE ABASTECIMIENTO
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ☐ QUEBRADA ☐ RIO ☐ POZO PROFUNDO ☐ PISCINA ☐
OTRO (¿cuál?): Punto de toma comunitario
OBJETO DE LA MUESTRA
VIGILANCIA RUTINARIA ☒ NOTIFICACION COMUNITARIA ☐ ASOCIADA A BROTE ☐
OTRO (¿cuál?):

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 25 MES 06 AÑO 2025

No	CODIGO DE PUNTO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	ANÁLISIS		DATOS IN SITU				RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			CODIGO DE RADICADO
			a.m.	p.m.	SOLICITADO (1)	pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP. °C DE INGRESO	
1	PH 08	7:10	X		3	7.49	1.37	27.5	X			
2	PH 07	7:40	X		3	7.45	1.32	26.8	X			
3												
4												
5												
6												
7												

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 DE LA MUESTRA

Firma: Haira e Delacruz Nombre: Haira e Delacruz C.C.: 26987144 Cargo: Recursos Institución: 318 D.6
Firma: Esteban Alberto Rodríguez Cano Nombre: Esteban Alberto Rodríguez Cano C.C.: 901434637-5 Cargo: Operador de Producción Institución: Vocalía
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA
FECHA RECIBIDO: 26 06 2025 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Deive Jope
HORA: 2:30 FIRMA: [Firma]

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



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA No: _____												
ASPECTOS GENERALES												
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: <u>Neelka Aguas de la Guajira.</u>					TELÉFONO: <u>314 930 9528</u>							
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Esteban Rodríguez</u>					C.C. o NIT: <u>901434881-5</u>							
DIRECCION: <u>Cra 10 - calle 10.</u>					LOCALIDAD O VEREDA: <u>PAULO UT</u>							
MUNICIPIO: <u>BAYAMO</u>					TIPO DE ESTABLECIMIENTO							
<input type="checkbox"/> INTRADOMICILIARIA					<input type="checkbox"/> INSTITUCION EDUCATIVA							
<input type="checkbox"/> CENTRO RECREACIONAL					<input type="checkbox"/> INSTITUCION DE SALUD							
<input type="checkbox"/> HOTEL					<input checked="" type="checkbox"/> RED DE DISTRIBUCION							
<input type="checkbox"/> BATALLON					<input type="checkbox"/> OTRO (¿cual?):							
FUENTE DE ABASTECIMIENTO												
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA <input type="checkbox"/> QUEBRADA <input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> POZO PROFUNDO <input type="checkbox"/> PISCINA <input type="checkbox"/>												
OTRO <input checked="" type="checkbox"/> (¿cual?): <u>Punto de Toma Comunitario.</u>												
OBJETO DE LA MUESTRA												
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/> NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/> ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>												
OTRO (¿cual?):												
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA												
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA <u>25</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2025</u>												
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	ANALISIS			DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			
			a.m.	p.m.	SOLICITADO (1)	pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	PMB 8	9:14.	X		3.	7,40	1,72	29.				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
Observaciones: <u>El día de hoy sob se toma muestra en 1 sdo punto, lo hay agua en los otros puntos.</u>												
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 DE LA MUESTRA							
Firma: <u>[Firma]</u> Nombre: <u>Alvaro José Cuana G.</u>					Firma: <u>[Firma]</u> Nombre: <u>Alvaro Ramos Guerra</u>							
C.C.: <u>26989464</u>					C.C.: <u>112290288</u>							
Cargo: <u>Técnico - contratista</u>					Cargo: <u>Operador de Producción</u>							
Institución: <u>S.S.P.G</u>					Institución: <u>Operador de Producción</u>							
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAJIRA												
FECHA RECIBIDO: <u>26</u> HORA: <u>2:30</u>					NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>[Firma]</u>							
HORA: <u>2:30</u>					FIRMA: <u>[Firma]</u>							
(1) 1 FISICOQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISICOQUIMICO Y MICROBIOLOGICO												



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA No:

ASPECTOS GENERALES

RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: Vecilia agua de la Guayra TELEFONO: 314 480 45 28
REPRESENTANTE LEGAL: Esteban E. Rodríguez C.C. o NIT: 901434 8315
DIRECCION: Calle 14 # 41-35 MUNICIPIO: 03 Peten LOCALIDAD O VEREDA:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

INTRADOMICILIARIA ☐ INSTITUCION EDUCATIVA ☐ HOTEL ☐ RED DE DISTRIBUCION ☒
CENTRO RECREACIONAL ☐ INSTITUCION DE SALUD ☐ BATALLON ☐ OTRO (¿cual?):
FUENTE DE ABASTECIMIENTO
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ☒ QUEBRADA ☐ RIO ☐ POZO PROFUNDO ☐ PISCINA ☐
OTRO (¿cual?):

OBJETO DE LA MUESTRA

VIGILANCIA RUTINARIA ☒ NOTIFICACION COMUNITARIA ☐ ASOCIADA A BROTE ☐
OTRO (¿cual?):

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 25 MES 06 AÑO 2025

No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	ANALISIS		DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			CODIGO DE RADICADO
			a.m.	p.m.	SOLICITADO (¹)	pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO
1	PMO 6	10:40	x		3	6.85	1.23	26.9			
2	PMO 1	11:00	x		3	6.84	1.19	27°			
3											
4											
5											
6											
7											

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 DE LA MUESTRA

Firma: Alfonso Firma: Ribeiro Ramos Guerra
Nombre: Alfonso Flaquez y fadaya Nombre: Ribeiro Ramos Guerra
C.C.: 1120350101 C.C.: 11-724854115
Cargo: Ref. Salud. Amb Cargo: Operador de Produccion
Institución: 3.3.D.6 Institución: Vecilia

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAYRA

FECHA RECIBIDO: 25 06 25 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Deive Pely
HORA: 2:30

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



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA No:

ASPECTOS GENERALES

RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: Vecilia agua de la Guayra TELÉFONO: 314 980 45 28
REPRESENTANTE LEGAL: Esteban E. Rodríguez C.C. o NIT: 901434 8315
DIRECCION: Calle 11 # 11-35 MUNICIPIO: 08 Estrada LOCALIDAD O VEREDA:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

INTRADOMICILIARIA ☐ INSTITUCION EDUCATIVA ☐ HOTEL ☐ RED DE DISTRIBUCION ☒
CENTRO RECREACIONAL ☐ INSTITUCION DE SALUD ☐ BATALLON ☐ OTRO (¿cual?):
FUENTE DE ABASTECIMIENTO
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ☒ QUEBRADA ☐ RIO ☐ POZO PROFUNDO ☐ PISCINA ☐
OTRO (¿Cual?):

OBJETO DE LA MUESTRA

VIGILANCIA RUTINARIA ☒ NOTIFICACION COMUNITARIA ☐ ASOCIADA A BROTE ☐
OTRO (¿Cual?):

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 25 MES 06 AÑO 2025

No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	ANALISIS		DATOS IN SITU				RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO		
			a.m.	p.m.	SOLICITADO (*)	pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO
1	PMO 6	10:40	x		3	6.85	1.23	26.9			
2	PMO 1	11:00	x		3	6.84	1.19	27°			
3											
4											
5											
6											
7											

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 DE LA MUESTRA

Firma: Alfonso Flayanes Firma: Alfonso Flayanes
Nombre: Alfonso Flayanes Nombre: Alfonso Flayanes
C.C.: 1120340101 C.C.: 1120340101
Cargo: Ref. Salud. Amb Cargo: Operador de producción
Institución: S.S.D.6 Institución: VACUNA

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA
FECHA RECIBIDO: 26 06 25 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Alfonso Flayanes
HORA: 2:30 FIRMA: Alfonso Flayanes

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



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA No:

ASPECTOS GENERALES

RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA:
REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCION: Calle 15 # 20-26

Municipio: Estación Aguadela Guayma
LOCALIDAD O VEREDA: Fongueta

TELÉFONO: 3149804580
C.C. o NIT: 9014348315

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

INTRADOMICILIARIA ☐ INSTITUCION EDUCATIVA ☐ HOTEL ☐ RED DE DISTRIBUCION ☒
CENTRO RECREACIONAL ☐ INSTITUCION DE SALUD ☐ BATALLON ☐ OTRO (¿cuál?):

FUENTE DE ABASTECIMIENTO

PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ☒ QUEBRADA ☐ RIO ☐ POZO PROFUNDO ☐ PISCINA ☐
OTRO (¿Cuál?):

OBJETO DE LA MUESTRA

VIGILANCIA RUTINARIA ☒ NOTIFICACION COMUNITARIA ☐ ASOCIADA A BROTE ☐
OTRO (¿Cuál?):

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 25 MES 06 AÑO 2025

No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO (1)	DATOS IN SITU				RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO		
						pH	Cl ⁻	Temp. °C		RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO
1	PM7F4	9:58	X		3	6.82	1.44	23.50		X		
2												
3												
4												
5												
6												
7												

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 DE LA MUESTRA

Firma: Myrian M Solano	Firma: Faber Ramos Guerra
Nombre: Myrian M Solano	Nombre: Faber Ramos Guerra
C.C.: 96035407	C.C.: 9122405475
Cargo: Jef. Salud Amb	Cargo: Operador de Producción
Institución: S.S.D.B.	Institución: U.C. 11
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAYMA	
FECHA RECIBIDO: 26 06 2025	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Faber Ramos Guerra
HORA: 2:30	FIRMA: Faber Ramos Guerra

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



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ASPECTOS GENERALES										
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA:					ACTA No:					
REPRESENTANTE LEGAL:					ASPECTOS GENERALES					
DIRECCION:					TELÉFONO:					
MUNICIPIO:					C.C.O.N.T.:					
LOCALIDAD O VEREDA:										
TIPO DE ESTABLECIMIENTO										
INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/>		INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/>		HOTEL <input type="checkbox"/>		RED DE DISTRIBUCION <input checked="" type="checkbox"/>				
CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/>		INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/>		BATALLON <input type="checkbox"/>		OTRO (¿cual?):				
FUENTE DE ABASTECIMIENTO										
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA <input type="checkbox"/>		QUEBRADA <input type="checkbox"/>		RIO <input type="checkbox"/>		POZO PROFUNDO <input type="checkbox"/>		PISCINA <input type="checkbox"/>		
OTRO (¿cual?):		Punto censado								
OBJETO DE LA MUESTRA										
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/>		NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/>		ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>						
OTRO (¿cual?):										
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA										
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 25 MES 06 AÑO 2025										
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO (1)	DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO	
1	PEM 7	8:40	X		3	pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA
2						7.70	0.71	26.9	X	
3										
4										
5										
6										
7										

El funcionario de la empresa de servicio expresa que no se encuentra con
Observaciones: mas de 1 litro de muestra en el laboratorio al momento de la toma.
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 DE LA MUESTRA		
Firma: <u>Mohelyka J. J. Rojas</u>	Nombre: <u>Mohelyka J. J. Rojas</u>	C.C.: <u>11223978370</u>	Firma: <u>Orangel José González</u>	Nombre: <u>Orangel José González</u>	C.C.: <u>1122043562</u>
Cargo: <u>Raf. Salud Ambiental</u>	Cargo: <u>Institución:</u>	Institución: <u>3515-6</u>	Cargo: <u>Institución:</u>	Cargo: <u>Institución:</u>	Cargo: <u>Institución:</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUADUPE			ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUADUPE		
FECHA RECIBIDO: <u>26 06 2025</u>			FECHA RECIBIDO: <u>26 06 2025</u>		
HORA: <u>2:30</u>			HORA: <u>2:30</u>		
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>FIRMA: [Firma]</u>			NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>FIRMA: [Firma]</u>		

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



Secretaría de Salud

Laboratorio de Salud Pública ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA No.:		ASPECTOS GENERALES										
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: <u>Nedra Ayos de la Cruz</u>		TELÉFONO: <u>3149809528</u>										
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Esteban Padilla</u>		C.C. o NIT: <u>9014348313</u>										
DIRECCION: <u>Calle No 6 sur - 2A</u>		MUNICIPIO: <u>San Juan</u> C. LOCALIDAD O VEREDA:										
TIPO DE ESTABLECIMIENTO												
INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/>		INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/>										
CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/>		INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/>										
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA <input type="checkbox"/>		QUEBRADA <input type="checkbox"/>										
OTRO <input type="checkbox"/>		RIO <input type="checkbox"/>										
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/>		NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/>										
OTRO <input type="checkbox"/>		ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>										
OBJETO DE LA MUESTRA												
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA												
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA <u>25</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2025</u>												
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO (*)	pH	CI	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	PS 11	9:24	X		3	6.81	1.50	29.2	X			
2												
3												
4												
5												
6												
7												

Observaciones: No se logró tomar muestra en dicho punto concertado ya que no encontramos servicio del agua.

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 DE LA MUESTRA	
Firma: <u>Mahaxya Guisier Rojas</u>	Nombre: _____	Firma: <u>Orangel José González</u>	Nombre: <u>Orangel José González</u>
C.C.: <u>772393876</u>	C.C.: _____	C.C.: <u>112643561</u>	C.C.: <u>112643561</u>
Cargo: <u>Ref. Salud Ambiental</u>	Cargo: _____	Cargo: <u>Inspector PTAF</u>	Cargo: <u>Inspector PTAF</u>
Institución: <u>SSB.C</u>	Institución: _____	Institución: <u>Secretaría de Salud</u>	Institución: <u>Secretaría de Salud</u>

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

FECHA RECIBIDO: 26 06 2025 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Bernie Parle

HORA: 2:30 K FIRMA: [Firma]

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



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA No: 05	
ASPECTOS GENERALES	
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: <u>Yuleth</u>	TELÉFONO: <u>300 884 4008</u>
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Esteban Rodríguez</u>	C.C.O.N.T.: <u>4043444</u>
DIRECCION: <u>Calle 12# 7-51</u>	MUNICIPIO: <u>VILLAVIEJA</u> LOCALIDAD O VEREDA:
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/>	INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/>
CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/>	INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/>
HOTEL <input type="checkbox"/>	
RED DE DISTRIBUCION <input checked="" type="checkbox"/>	
BATAILLON <input type="checkbox"/>	
OTRO (¿cual?):	
FUENTE DE ABASTECIMIENTO	
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA <input type="checkbox"/>	QUEBRADA <input type="checkbox"/>
OTRO <input checked="" type="checkbox"/>	(¿cual?): <u>Punto Concentrado</u>
RIO <input type="checkbox"/>	
POZO PROFUNDO <input type="checkbox"/>	
PISCINA <input type="checkbox"/>	
OBJETO DE LA MUESTRA	
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/>	NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/>
OTRO (¿cual?):	ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 26 MES 06 AÑO 25

No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	ANALISIS				DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			CODIGO DE RADICADO
			a.m.	p.m.	SOLICITADO (*)		pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	
1	P.V. 06	6:45	X		3		7.83	1.64	27.6	P			
2	P.V. 10	7:20	X		3		7.97	1.54	26.0	P			
3													
4													
5													
6													
7													

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 DE LA MUESTRA	
Firma: <u>Yuleth</u>	Nombre: <u>Yuleth</u>	Firma: <u>Orangé José González</u>	Nombre: <u>Orangé José González</u>
C.C.: <u>1124328.051</u>	C.C.: <u>111049562</u>	C.C.: <u>111049562</u>	C.C.: <u>111049562</u>
Cargo: <u>Bo. F. Salud Ambiental</u>	Cargo: <u>Inspector HAT</u>	Cargo: <u>Inspector HAT</u>	Cargo: <u>Inspector HAT</u>
Institución: <u>S.S.D.C.</u>	Institución: <u>Vieja Guayra</u>	Institución: <u>Vieja Guayra</u>	Institución: <u>Vieja Guayra</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA		ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA	
FECHA RECIBIDO: <u>26</u>	HORA: <u>2:30</u>	FECHA RECIBIDO: <u>26</u>	HORA: <u>2:30</u>
NO: <u>06</u>	NO: <u>06</u>	NO: <u>06</u>	NO: <u>06</u>
NO: <u>2025</u>	NO: <u>2025</u>	NO: <u>2025</u>	NO: <u>2025</u>
FIRMA: <u>[Firma]</u>		FIRMA: <u>[Firma]</u>	



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ASPECTOS GENERALES										
ACTA No: <u>PL105</u>					TELÉFONO: <u>301 3606241</u>					
RAZÓN SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: <u>EMPILAR S.A. E.S.P.</u>					C.C. o NIT: <u>90028394-3</u>					
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Rafael Ramon Soto Fuentes</u>					LOCALIDAD O VEREDA: <u>LA JAGUA</u>					
DIRECCIÓN: <u>C/2 # 6-6</u>					MUNICIPIO: <u>LA JAGUA</u>					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO										
INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/>		INSTITUCIÓN EDUCATIVA <input type="checkbox"/>		HOTEL <input type="checkbox"/>		RED DE DISTRIBUCIÓN <input checked="" type="checkbox"/>				
CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/>		INSTITUCIÓN DE SALUD <input type="checkbox"/>		BATALLÓN <input type="checkbox"/>		OTRO (¿cuál?):				
FUENTE DE ABASTECIMIENTO										
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA <input type="checkbox"/>		QUEBRADA <input type="checkbox"/>		RIO <input type="checkbox"/>		POZO PROFUNDO <input type="checkbox"/>		PISCINA <input type="checkbox"/>		
OTRO (¿cuál?): <u>Punto de toma concretado</u>										
OBJETO DE LA MUESTRA										
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/>		NOTIFICACIÓN COMUNITARIA <input type="checkbox"/>		ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>						
OTRO (¿cuál?):										
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA										
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DÍA <u>25</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2025</u>										
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCIÓN	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANÁLISIS SOLICITADO (1)	DATOS IN SITU			RECEPCIÓN DE LA MUESTRA EN LABORATORIO	
1	<u>PL105</u>	<u>8.47</u>	<u>X</u>		<u>3</u>	<u>7.9</u>	<u>0.92</u>	<u>24.9</u>	<u>✓</u>	
2										
3										
4										
5										
6										
7										

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	
Firma: <u>[Firma]</u>	Firma: <u>[Firma]</u>
Nombre: <u>[Nombre]</u>	Nombre: <u>[Nombre]</u>
C.C.: <u>[C.C.]</u>	C.C.: <u>[C.C.]</u>
Cargo: <u>[Cargo]</u>	Cargo: <u>[Cargo]</u>
Institución: <u>[Institución]</u>	Institución: <u>[Institución]</u>
RESPONSABLE O PROPIETARIO DE LA MUESTRA	
Firma: <u>[Firma]</u>	Firma: <u>[Firma]</u>
Nombre: <u>[Nombre]</u>	Nombre: <u>[Nombre]</u>
C.C.: <u>[C.C.]</u>	C.C.: <u>[C.C.]</u>
Cargo: <u>[Cargo]</u>	Cargo: <u>[Cargo]</u>
Institución: <u>[Institución]</u>	Institución: <u>[Institución]</u>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA	
FECHA RECIBIDO: <u>26</u>	HORA: <u>06</u>
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>[Nombre]</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>

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



Secretaría
de Salud

Laboratorio de Salud Pública
ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO Y PISCINAS

ACTA No: <u>PUTD</u>										
ASPECTOS GENERALES										
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: <u>AGUAY LIDA E.S.P.</u>					TELÉFONO: <u>3045381127</u>					
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Enrique Murgas Smith</u>					C.C. o NIT: <u>900334000-6</u>					
DIRECCION: <u>Calle 1418 # 94-76</u>					MUNICIPIO: <u>URUTUA</u> LOCALIDAD O VEREDA:					
TIPO DE ESTABLECIMIENTO										
INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/> INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> RED DE DISTRIBUCION <input checked="" type="checkbox"/>										
CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/> INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/> BATALLON <input type="checkbox"/> OTRO (¿cuál?):										
FUENTE DE ABASTECIMIENTO										
PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA <input type="checkbox"/> QUEBRADA <input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> POZO PROFUNDO <input type="checkbox"/> PISCINA <input type="checkbox"/>										
OTRO (¿cuál?): <u>Punto de toma concertado</u>										
OBJETO DE LA MUESTRA										
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/> NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/> ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>										
OTRO (¿cuál?):										
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA										
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA <u>25</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2025</u>										
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO (*)	DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO	
1	<u>PUT8</u>	<u>7:37</u>	<u>X</u>		<u>3</u>	<u>8.14</u>	<u>2.2</u>	<u>24.9</u>	<u>10</u>	
2										
3										
4										
5										
6										
7										

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	
Firma: <u>[Firma]</u>	Firma: <u>[Firma]</u>
Nombre: <u>DAVID GUERRA ARIAS</u>	Nombre: <u>DAVID VALDES RAMOS</u>
C.C.: <u>11983658</u>	C.C.: <u>119833228</u>
Cargo: <u>Res. Salud Ambiental</u>	Cargo: <u>Analista microbiología</u>
Institución: <u>S.S.D.G.</u>	Institución: <u>ANALISTA MICROBIOLOGIA</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAYRA	
FECHA RECIBIDO: <u>26</u>	FECHA RECIBIDO: <u>26</u>
HORA: <u>2:30</u>	HORA: <u>2:30</u>
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>[Firma]</u>	
FIRMA: <u>[Firma]</u>	

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