

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

ACTA No: 07  
ASPECTOS GENERALES  
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: Estación Albeiro Pedraza Larios TELÉFONO: 314 980 9518  
REPRESENTANTE LEGAL: Esteban Albeiro C.C. o NIT: 901434837-5  
DIRECCIÓN: Calle 15 N° 19B13 MUNICIPIO: Fatomeño LOCALIDAD O VEREDA: \_\_\_\_\_

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?): Punto de toma concertado

OBJETO DE LA MUESTRA  
VIGILANCIA RUTINARIA ☒ NOTIFICACION COMUNITARIA ☐ ASOCIADA A BROTE ☐  
OTRO (¿cuál?): \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 05 MES 06 AÑO 2025

No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	ANALISIS	DATOS IN SITU				RECUPERACION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO		
				ph	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	PH 04	10:48	3	6.94	1.43	28.3	X			
2	PH 06	11:25	3	7.09	1.46	29.3	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: <u>Haira e Delacruz D</u>	Firma: <u>Edier Ramos Gueirg</u>
Nombre: <u>Haira e Delacruz D</u>	Nombre: <u>Edier Ramos Gueirg</u>
C.C.: <u>26 982 144</u>	C.C.: <u>12 245 175</u>
Cargo: <u>Técnico</u>	Cargo: <u>Operador de Radicación</u>
Institución: <u>S.S.D.G</u>	Institución: <u>VECLIG</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA	
FECHA RECIBIDO: <u>05</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>Edier Ramos</u>
HORA: <u>3:35</u>	FIRMA: <u>Edier Ramos</u>

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



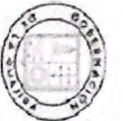


Secretaría  
de Salud

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>Neolis Aguas de la Guajira</u>					TELÉFONO: <u>314 9809528</u>						
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Esteban Rodríguez</u>					C.C. NIT: <u>9014348313</u>						
DIRECCION: <u>Calle No 65 sur - 29</u>					MUNICIPIO: <u>San Juan del C.</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 type="checkbox"/> QUEBRADA <input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> POZO PROFUNDO <input type="checkbox"/> PISCINA <input type="checkbox"/>											
OTRO (¿cual?): <u>Punto concertado</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>05</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 (1)	DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO		CODIGO DE RADICADO
						pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	
1	PSJ 7	8:05	x		3	6.85	1.33	27.4			
2	PSJ 8	8:40	x		3	6.79	1.26	28.3			
3											
4											
5											
6											
7											
FUNCIONARIOS DE SALUD		RESPONSABLE O PROPIETARIO DE LA MUESTRA									
Firma: <u>Mahexya Suarez Rojas</u>	Nombre: _____	Firma: <u>Alexa H. Tamayo</u>	Nombre: _____								
C.C.: <u>112397876</u>	C.C.: _____	C.C.: <u>1121045746</u>	C.C.: _____								
Cargo: <u>Ref. Salud Ambiental</u>	Cargo: _____	Cargo: <u>Operario de Producción</u>	Cargo: _____								
Institución: <u>S.S.D.6</u>	Institución: _____	Institución: <u>Vereda Aguas de la Guajira</u>	Institución: _____								
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA		Firma: <u>Donye Torre</u>									
FECHA RECIBIDO: <u>05</u>	HORA: <u>3:35</u>	FECHA DE APROBACION: <u>06</u>	HORA: <u>2025</u>								
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____		FIRMA: _____									





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: Vecolia Aguas de la Guajira TELÉFONO: 314 980 9528  
REPRESENTANTE LEGAL: Esteban Rodríguez C.C.O NIT: 9014348313  
DIRECCION: Cr 6 No 6 sur - 92 MUNICIPIO: El Molino 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?): Punto concetado

OBJETO DE LA MUESTRA

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

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 05 MES 06 AÑO 2025

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
1	Pem 2	9:10	x		3	7.86	1.21	26.8				
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: Melchiora Suárez Rojas  
Nombre: Melchiora Suárez Rojas  
C.C.: 1122397876  
Cargo: Ref. Salud Ambiental  
Institución: 3.S.D.6

Firma: [Firma]  
Nombre: [Nombre]  
C.C.: [C.C.]  
Cargo: [Cargo]  
Institución: [Institución]

Firma: Alexa H. Tamayo  
Nombre: Alexa H. Tamayo  
C.C.: 1121055776  
Cargo: Operadora de Producción  
Institución: Vecolia Aguas de la Guajira

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA  
FECHA RECIBIDO: 05 06 2025 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: [Nombre]  
HORA: 2:35 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: PL107		ASPECTOS GENERALES										
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA:		EMPILAR S.A. E.S.P.										
REPRESENTANTE LEGAL:		Rafael Ramon Soto Fuentes										
DIRECCION: Cr 2 # 6-6		MUNICIPIO: LA JAGUA LOCALIDAD O VEREDA:										
TELÉFONO: 3047606244		C.C.O.NIT: 90028394-3										
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 (¿Cuál?):		RIO <input type="checkbox"/>										
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/>		NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/>										
OTRO (¿Cuál?):		ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>										
OBJETO DE LA MUESTRA												
Punto de toma concertado												
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 05 MES 06 AÑO 2025												
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA												
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO (*)	pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	PLJ07	10:50	X		3	7.92	0.7	26.3				
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: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>
Nombre: <i>[Nombre]</i>	Nombre: <i>[Nombre]</i>
C.C.: <i>[C.C.]</i>	C.C.: <i>[C.C.]</i>
Cargo: <i>[Cargo]</i>	Cargo: <i>[Cargo]</i>
Institución: <i>[Institución]</i>	Institución: <i>[Institución]</i>
RESPONSABLE O PROPIETARIO DE LA MUESTRA	
Firma: <i>[Firma]</i>	Firma: <i>[Firma]</i>
Nombre: <i>[Nombre]</i>	Nombre: <i>[Nombre]</i>
C.C.: <i>[C.C.]</i>	C.C.: <i>[C.C.]</i>
Cargo: <i>[Cargo]</i>	Cargo: <i>[Cargo]</i>
Institución: <i>[Institución]</i>	Institución: <i>[Institución]</i>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAJIRA	
FECHA RECIBIDO: 05 06 2025	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <i>[Nombre]</i>
HORA: 3:35	FIRMA: <i>[Firma]</i>
(*) 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: <u>Walter Aguas de la Guajina</u>					TELÉFONO: <u>344 930 9528</u>						
REPRESENTANTE LEGAL: <u>Esteban Rodríguez</u>					C.C. o NIT: <u>901434831-5</u>						
DIRECCION: <u>Cra 10 - Calle 10</u>					VEREDA: <u>Paolo VI.</u>						
MUNICIPIO: <u>Barroeta</u>											
TIPO DE ESTABLECIMIENTO											
<input type="checkbox"/> INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/> INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> RED DE DISTRIBUCION <input checked="" type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/> INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/> BATALLON <input type="checkbox"/> OTRO (¿cual?):											
FUENTE DE ABASTECIMIENTO											
<input type="checkbox"/> 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 X (¿cual?): <u>Punto de Toma Concertado</u>											
OBJETO DE LA MUESTRA											
<input checked="" type="checkbox"/> VIGILANCIA RUTINARIA <input 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>5</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2025</u>											
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	ANÁLISIS DE MUESTRAS	DATOS IN SITU				RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			CODIGO DE RADICADO
				pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP. °C DE INGRESO		
1	PMB 7	10:06	X	3	6,97	0,42	30,6				
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>Manuel José Utrera B.</u>	Nombre: <u>[Firma]</u>
C.C.: <u>122810288</u>	C.C.: <u>[Firma]</u>
Cargo: <u>Tec. con habsta.</u>	Cargo: <u>[Firma]</u>
Institución: <u>S.S.D.E.</u>	Institución: <u>[Firma]</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYMA	
FECHA RECIBIDO: <u>05</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>[Firma]</u>
HORA: <u>3:35</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
(*) 1 FISIQUIMICO, 2 MICROBIOLOGICO, 3 FISIQUIMICO 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: Yvelia Aguas de la Guajira. TELÉFONO: 314 930 9528.  
REPRESENTANTE LEGAL: Esteban Rodríguez. C.C.O NIT: 901434331-5  
DIRECCION: Cra 10 - calle 10. MUNICIPIO: Bayamón LOCALIDAD O VEREDA: Paulo VI

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

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

PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ☐

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO X (¿cual?): Punto de Toma Concertado.

OBJETO DE LA MUESTRA

VIGILANCIA RUTINARIA ☒

NOTIFICACION COMUNITARIA ☐

ASOCIADA A BROTE ☐

OTRO (¿cual?):

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 5 MES 06 AÑO 2025

No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	SOLICITADO (1)	DATOS IN SITU				RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO		
						pH	Cl	Temp. °C		RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP. °C DE INGRESO
1	PMB 6	9:43	X		3.	6,66	0,29	29,9				
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: <u>[Firma]</u>	Firma: <u>[Firma]</u>
Nombre: <u>Dr. Patricia Gueiza</u>	Nombre: <u>Dr. Patricia Gueiza</u>
C.C.: <u>26989461</u>	C.C.: <u>1127405415</u>
Cargo: <u>Técnica - Contralista</u>	Cargo: <u>Operador de Producción</u>
Institución: <u>S.S.D.G.</u>	Institución: <u>Operador de Producción</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA	
FECHA RECIBIDO: <u>05</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>Paulo VI</u>
HORA: <u>3:35</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>

(\*) 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

ASPECTOS GENERALES										
ACIA No: _____										
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: _____										
REPRESENTANTE LEGAL: _____										
DIRECCION: <u>Rv y 4ya - 38 Local 1</u> MUNICIPIO: <u>Agua de Albarran</u> LOCALIDAD O VEREDA: _____										
TELÉFONO: <u>3188342240</u>										
C.C.O.NIT: <u>900900377-1</u>										
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?): <u>Punto Concertado</u>										
OBJETO DE LA MUESTRA										
VIGILANCIA RUTINARIA <input checked="" type="checkbox"/> NOTIFICACION COMUNITARIA <input type="checkbox"/> ASOCIADA A BROTE <input type="checkbox"/>										
OTRO * (¿cual?): _____										
FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA <u>05</u> MES <u>06</u> AÑO <u>2025</u>										
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA										
No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO (*)	pH	Cl	Temp. °C	RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO	CODIGO DE RADICADO
1	<u>PA.13</u>	<u>8-50</u>	*		<u>3</u>	<u>7.40</u>	<u>1.80</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										
RESPONSABLE O PROPIETARIO DE LA MUESTRA										
Firma: _____					Firma: <u>Escobar Bravo C</u>					
Nombre: <u>Almendra eshera Zabala</u>					Nombre: <u>Escobar Bravo C</u>					
C.C.: <u>112211688</u>					C.C.: <u>31.091712</u>					
Cargo: <u>Representante</u>					Cargo: <u>Propietario</u>					
Institución: <u>SIS. O.C</u>					Institución: <u>Agua de Albarran</u>					
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA										
FECHA RECIBIDO: <u>05</u>					NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>Denys Arle</u>					
HORA: <u>3:35</u>					FIRMA: <u>[Firma]</u>					
(*) 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: 02

ASPECTOS GENERALES

RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA:

ASPECTOS GENERALES

TELÉFONO: 3009844008

REPRESENTANTE LEGAL:

REPRESENTANTE LEGAL

C.C. o NIT: 401434417

DIRECCIÓN: Calle 12 # 2-51

MUNICIPIO: VILLAHUAY

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?): PUNTO CONCERTADO

OBJETO DE LA MUESTRA

VIGILANCIA RUTINARIA ☒

NOTIFICACION COMUNITARIA ☐

ASOCIADA A BROTE ☐

OTRO

(¿Cual?):

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 05 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			
			a.m.	p.m.	SOLICITADO (1)	pH	Cl	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP. °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	P.006	10:30	X		3	7.28	1.53	26.1				
2	P.V10	11:00	X		3	7.79	1.55	25.9				
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>[Firma]</u>	Nombre: <u>Enrique Pardo M</u>	Firma: <u>[Firma]</u>	Nombre: <u>Orayel José González</u>
C.C.: <u>11213280</u>	C.C.: <u>11213280</u>	C.C.: <u>11213280</u>	C.C.: <u>11213280</u>
Cargo: <u>Ref. Salud Ambiental</u>	Cargo: <u>Ref. Salud Ambiental</u>	Cargo: <u>Inspector P74P</u>	Cargo: <u>Inspector P74P</u>
Institución: <u>S.S.D.C.</u>	Institución: <u>S.S.D.C.</u>	Institución: <u>Unidad de Salud Pública de la Guajira</u>	Institución: <u>Unidad de Salud Pública de la Guajira</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA		ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAJIRA	
FECHA RECIBIDO: <u>05</u>	HORA: <u>3:35</u>	FECHA RECIBIDO: <u>06</u>	HORA: <u>10:25</u>
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>[Firma]</u>		NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>[Firma]</u>	
FIRMA: <u>[Firma]</u>		FIRMA: <u>[Firma]</u>	

(\*) 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												
ACTA No: <b>PUT02</b>												
RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA: <b>AGUAUR LTDA E.S.P.</b>												
REPRESENTANTE LEGAL: <b>Fernice Aguas Salinas</b>												
DIRECCION: <b>Calle 14B # 9A-76</b> MUNICIPIO: <b>VEGUITA</b> LOCALIDAD O VEREDA: <b>C.C.O.N.T. 3045384127</b>												
C.C.O.N.T.: <b>900334000-6</b>												
TIPO DE ESTABLECIMIENTO												
<input type="checkbox"/> INTRADOMICILIARIA <input type="checkbox"/> INSTITUCION EDUCATIVA <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> RED DE DISTRIBUCION <input checked="" type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/> CENTRO RECREACIONAL <input type="checkbox"/> INSTITUCION DE SALUD <input type="checkbox"/> BATALLON <input type="checkbox"/> OTRO (¿cual?):												
FUENTE DE ABASTECIMIENTO												
<input type="checkbox"/> 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?): <b>Punto de toma Concertado</b>												
OBJETO DE LA MUESTRA												
<input checked="" type="checkbox"/> VIGILANCIA RUTINARIA <input 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 <b>05</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2025</b>												
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	PUT01	8:00	X		3	8.1	2.0	26.9	X			
2												
3												
4												
5												
6												
7												

FUNCIONARIOS DE SALUD				RESPONSABLE O PROPIETARIO DE LA MUESTRA			
Firma: <i>[Firma]</i>	Nombre: <b>Dolores Yabris Ramos</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	Institución: <b>Microbiología</b>	Firma: <i>[Firma]</i>	Nombre: <b>Dolores Yabris Ramos</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	Institución: <b>Microbiología</b>
C.C.: <b>1449433228</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	C.C.: <b>1449433228</b>	C.C.: <b>1449433228</b>
Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>	Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>	Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>	Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>	Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>	Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>	Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>	Cargo: <b>Def. Salud. Amb.</b>
Institución: <b>S.S.D.G.</b>	Institución: <b>S.S.D.G.</b>	Institución: <b>S.S.D.G.</b>	Institución: <b>S.S.D.G.</b>	Institución: <b>S.S.D.G.</b>	Institución: <b>S.S.D.G.</b>	Institución: <b>S.S.D.G.</b>	Institución: <b>S.S.D.G.</b>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAYRA				ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA DE LA GUAYRA			
FECHA RECIBIDO: <b>05</b> HORA: <b>3:35</b>				FECHA RECIBIDO: <b>06</b> HORA: <b>2025</b>			
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <b>[Firma]</b>				NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <b>[Firma]</b>			
FIRMA: <i>[Firma]</i>				FIRMA: <i>[Firma]</i>			

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

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





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:

Vecelia Aguero de la Guayina  
Esteban Rodriguez  
Calle 11 # 41-35

MUNICIPIO: Distrito LOCALIDAD O VEREDA: La Guayina  
TELÉFONO: 3149604528  
C.C. o NIT: 9014348315

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

INTRADOMILIARIA ☐ 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 05 MES 06 AÑO 2025

No	CODIGO DE PUNTO CONCERTADO O DIRECCION	HORA TOMA DE MUESTRAS	a.m.	p.m.	ANALISIS SOLICITADO ( <sup>1</sup> )	DATOS IN SITU			RECEPCION DE LA MUESTRA EN LABORATORIO			
						pH	Cl <sup>-</sup>	Temp. °C	RECIBIDA	RECHAZADA	TEMP °C DE INGRESO	CODIGO DE RADICADO
1	PMDB	7:42	X		3	7.4	1.35	27.1	X			
2	PMDF	8:00	X		3	7.7	1.67	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: <u>[Firma]</u>	Firma: <u>[Firma]</u>
Nombre: <u>Maribel Llanes Mendez</u>	Nombre: <u>Maribel Llanes Mendez</u>
C.C.: <u>1120350191</u>	C.C.: <u>1122405435</u>
Cargo: <u>Ref. Salud Amb</u>	Cargo: <u>Operador de Producción</u>
Institución: <u>S.S. D. 6</u>	Institución: <u>Vecelia</u>
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYRA	
FECHA RECIBIDO: <u>05</u>	NOMBRE DE QUIEN RECIBE: <u>Denys Fele</u>
HORA: <u>3:35</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:

ASPECTOS GENERALES

RAZON SOCIAL O PERSONA PRESTADORA:

REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCION: Calle 15 # 20-26

Esteban Aguila de la Guayra

TELÉFONO: 314 980 4580  
C.C.O.N.T.: 9014348315

MUNICIPIO: Tonsón

LOCALIDAD O VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

VEREDA:

INTRADOMICILIARIA ☐

CENTRO RECREACIONAL ☐

PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ☒

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA ☒

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

VIGILANCIA RUTINARIA ☒

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

QUEBRADA ☐

RIO ☐

POZO PROFUNDO ☐

PISCINA ☐

OTRO ☐

(¿Cuál?):

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

FECHA DE TOMA DE MUESTRAS: DIA 05 MES 06 AÑO 2025

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	PMF 1	8:32	X		3	7.15	1.52	28.8	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: Myrnan N Solano S  
Nombre: Myrnan N Solano S  
C.C.: 36055407  
Cargo: Pet Salud  
Institución: SSPB

Firma:   
Nombre:   
C.C.:   
Cargo:   
Institución:

Firma:   
Nombre:   
C.C.:   
Cargo:   
Institución:

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

FECHA RECIBIDO: 05/06/2025

HORA: 3:35

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Denise Freyre

FIRMA: Denise Freyre

(\*) 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: Esteban Aguila de la Goyina TELÉFONO: 3149804580  
REPRESENTANTE LEGAL: Esteban Aguila de la Goyina C.C. o NIT: 901434835  
DIRECCION: Calle 15 # 20-26 MUNICIPIO: Monseñor LOCALIDAD O VEREDA:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

INTRADOMILIARIA ☐ 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 05 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	PHFE	8:53	X		3	7.21	1.58	26.9		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: [Firma] Nombre: Paibet Pares Guallo  
C.C.: 35056370 C.C.: 122405495  
Cargo: Salud Ambiental Cargo: Operador de producción  
Institución: SSD Institución: Vereda

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE LA GUAYIRA  
FECHA RECIBIDO: 05 06 2025 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: Denise Feely  
HORA: 8:35 FIRMA: [Firma]

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