

Profesional  
Independiente

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                             | <b>SECRETARIA DE SALUD PUBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA</b><br><b>ACTA GENERAL DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO</b><br><b>PARA GENERADORES DE RESIDUOS-TITULO X DECRETO 780/2016</b>                                                                           |  <b>Alcaldía de PEREIRA</b> |              |                                                                   |                                           |
| CIUDAD <u>Pereira</u>                                                                                                                        | FECHA <u>21/04/26</u>                                                                                                                                                                                                                                                            | ACTA N° <u>IMF071-26</u>                                                                                       |              |                                                                   |                                           |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| Bancos de sangre, tejidos y semen <input type="checkbox"/>                                                                                   | Bioterios y laboratorios de biotecnología <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                               | Centros en los que se presten servicios de piercing, pigmentación o tatuajes <input type="checkbox"/>          |              |                                                                   |                                           |
| Morgues Instituto Nacional de Medicina Legal <input type="checkbox"/>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD <u>Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira</u>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| <b>* CAMPO OBLIGATORIO</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *RAZÓN SOCIAL                                                                                                                                | <u>Katherine Castaño Aristizabal</u>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *CÉDULA / NIT                                                                                                                                | <u>42160383</u>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *NOMBRE COMERCIAL                                                                                                                            | <u>Clinic Dent</u>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *DIRECCIÓN                                                                                                                                   | <u>Crs #18-33 Cons. 702 Centro Especialista</u>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *DEPARTAMENTO                                                                                                                                | <u>Risaralda</u>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| Barrio <u>                    </u>                                                                                                           | Vereda <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                               | MUNICIPIO <u>Pereira</u>                                                                                       |              |                                                                   |                                           |
| Sector <u>Plaza Bolívar</u>                                                                                                                  | Comuna <u>Centro</u>                                                                                                                                                                                                                                                             | Localidad <u>                    </u>                                                                          |              |                                                                   |                                           |
| Otro <input type="checkbox"/> Cuál <u>                    </u>                                                                               | Corregimiento <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                        | UPZ <u>                    </u>                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| TELÉFONOS <u>3122528797</u>                                                                                                                  | CORREO ELECTRÓNICO <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| CORREO ELECTRÓNICO                                                                                                                           | <u>Katherinecastano4965@gmail.com</u>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO                                                                                                                       | <u>Katherine Castaño Aristizabal</u>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION                                                                                                                 | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              | *Número de documento <u>42160383</u>                                                                           |              |                                                                   |                                           |
| *NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                              | <u>Katherine Castaño Aristizabal</u>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACION                                                                                                                 | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              | *Número de documento <u>42160383</u>                                                                           |              |                                                                   |                                           |
| CORREO ELECTRÓNICO                                                                                                                           | <u>Katherinecastano4965@gmail.com</u>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN                                                                                                                   | <u>Crs #18-33 Cons. 703 Centro de Especialistas</u>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA                                                                                                        | <u>Katherinecastano4965@gmail.com</u>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *DEPARTAMENTO                                                                                                                                | <u>Risaralda</u>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| *HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO                                                                                                             | <u>Lun-Sab 8:00am - 6:00 p.m</u>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES                                                                                              | <u>2</u>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                     | <u>2</u>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| CÓDIGO CIU <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD <u>B622 Actividades Práctica Odontológica</u>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| <b>CONCEPTO SANITARIO DE ÚLTIMA VISITA SANITARIA</b>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN                                                                                                                | <u>dia / mes / año</u>                                                                                                                                                                                                                                                           | TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA                                                                 | FAVORABLE    | FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS                                      | % DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN |
| N° ACTA DE ÚLTIMA VISITA                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                | DESFAVORABLE |                                                                   | %                                         |
| <b>*MOTIVO DE LA VISITA</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| 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: <u>                    </u>                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| NÚMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO POR                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| 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                                                                                                                                                          |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |
| Crítico (CR)                                                                                                                                 | La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida 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 (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) |                                                                                                                |              |                                                                   |                                           |

Nota:



Profesional  
Independiente

21-04-26 JM F071-26

| REVISIÓN DOCUMENTAL                                                                                                                                                                                                   |             |    |               |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---------------|--|--|--|
| DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                            | DOCUMENTADO |    | OBSERVACIONES |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                       | SI          | NO |               |  |  |  |
| Documento de sistema de seguridad y salud en el trabajo (en caso de no contar notificar a dirección territorial Ministerio de Trabajo)                                                                                | X           |    |               |  |  |  |
| Contrato con gestor de residuos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)                                                                                                                                 | X           |    |               |  |  |  |
| Permiso de vertimientos (en caso de requerir notificar a autoridad ambiental)                                                                                                                                         | X           |    |               |  |  |  |
| En caso de requerir 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           |    |               |  |  |  |

  

| I. CONDICIONES LOCATIVAS, SANITARIAS Y DE SEGURIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |     |    |    |                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|----|----|-------------------------------------------------------------------|--|
| 1. CONDICIONES LOCATIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |     |    |    |                                                                   |  |
| ASPECTO A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | C | CP  | NC | NA | HALLAZGOS                                                         |  |
| 1.1 El establecimiento esta ubicado en terreno de fácil drenaje, alejado de botaderos de basura, aguas estancadas, criaderos de insectos y roedores. Mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad evitar en las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión (Art 160, 162, 163 Ley 9 de 1979)                                             | 5 | 2.5 | 0  |    |                                                                   |  |
| 1.2 Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores cuentan con fácil acceso ( Art 40 Resolución 14861 de 1985)                                                                                                                                                                                                                                                    | 4 | 2   | 0  |    |                                                                   |  |
| 1.3 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, nivelados para facilitar el drenaje (Art 193, 194 Ley 9 de 1979)                                                                                 | 4 | 2   | 0  |    |                                                                   |  |
| 1.4 En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)                                                                                                                                                                                                                                   | 4 | 2   | 0  |    |                                                                   |  |
| 1.5 Las redes e instalaciones eléctricas como interruptores, reguladores, lámparas y demás equipos o elementos utilizados para iluminación en áreas específicas están construidas, instaladas, mantenidas, accionadas, señalizadas y protegidas, 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) | 3 | 1.5 | 0  |    |                                                                   |  |
| 1.6 Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamanos y están revestidas de material antideslizantes. (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)                                                                                                                                                                                                                                      | 4 | 2   | 0  |    |                                                                   |  |
| 1.7 La ventilación es adecuada para el uso. (Art 197 Ley 9 de 1979)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3 | 1.5 | 0  |    |                                                                   |  |
| 1.8 La iluminación es suficiente y adecuada en cantidad para su uso. (Art 196 Ley 9 de 1979)                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3 | 1.5 | 0  |    |                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |     |    | 30 | La calificación del bloque corresponde al 30 % del total del acta |  |

  

| 2. CONDICIONES SANITARIAS                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |    |    |                                                                   |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|-------------------------------------------------------------------|----|
| ASPECTO A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                  | C  | CP | NC | NA | HALLAZGOS                                                         |    |
| 2.1 El establecimiento cuenta con, servicios sanitarios dotados con los mecanismos o elementos para la higiene personal, separados por sexo, en correcto funcionamiento y en cantidad suficientes para uso de los trabajadores y visitantes (modoros y lavamanos). (Art 50 Resolución 14861 de 1985) | 10 |    | 0  |    |                                                                   | CR |
| 2.2 El establecimiento mantiene las condiciones de 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)                                  | 6  | 3  | 0  |    |                                                                   |    |
| 2.3 Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados.                                                                                                                                                                 | 4  | 2  | 0  |    |                                                                   |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    | 20 | La calificación del bloque corresponde al 20 % del total del acta |    |

  

| 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |    |    |    |           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|----|-----------|----|
| 3.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |    |    |    |           |    |
| ASPECTO A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |    |
| 3.1.1 El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 1  | 0  |    |           |    |
| 3.1.2 El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 4 |    | 0  |    |           | CR |
| 3.1.3 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)                                                                                                                                                                                   | 2 | 1  | 0  |    |           |    |
| 3.1.4 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 2007)                                                                                                                                                                                                      | 2 | 1  | 0  |    |           |    |
| 3.1.5 El establecimiento realiza semestralmente o cuando este visiblemente sucio el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes) (Art 10 Decreto 1575 de 2007)                                                                                                                                                                                                                                | 2 | 1  | 0  |    |           |    |
| 3.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |    |    |    |           |    |
| ASPECTO A VERIFICAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | C | CP | NC | NA | HALLAZGOS |    |
| 3.2.1 Las aguas residuales generadas por el establecimiento son vertidos al alcantarillado u otro sistema alternativo. (Art 36 Ley 9 de 1979)                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 | 1  | 0  |    |           |    |
| 3.2.2 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 | 2 | 1  | 0  |    |           |    |



21-04-26 IMF071-26

Profesional  
Independiente

21-04-26 IMF071-26

| V. OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                              |                                                                                                      |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Por parte de la autoridad sanitaria:                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                                |
| Selo # 08976 favorable                                                                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                                |
| Por parte de Establecimiento:                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                |
| Ninguna.                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                      |                                                                                                |
| VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                |
| <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 desalojamiento 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                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                                |
| DÍAS HÁBILES PLAZO                                                                                                                                                                                            |                                                                                                      |                                                                                                |
| FECHA INICIO PLAZO                                                                                                                                                                                            |                                                                                                      |                                                                                                |
| FECHA LÍMITE DE PLAZO                                                                                                                                                                                         |                                                                                                      |                                                                                                |
| VII. NOTIFICACION 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 21 del mes de Abril del año 2026 en la Ciudad de Peto. |                                                                                                      |                                                                                                |
| De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                |
| NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.                                                                             |                                                                                                      |                                                                                                |
| POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA                                                                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                                |
| FIRMA: Jefferson Marín F.                                                                                                                                                                                     | FIRMA:                                                                                               |                                                                                                |
| NOMBRE: Jefferson Marín Fernández                                                                                                                                                                             | NOMBRE:                                                                                              |                                                                                                |
| CEDULA: 1090338218                                                                                                                                                                                            | CEDULA:                                                                                              |                                                                                                |
| CARGO: Contratista                                                                                                                                                                                            | CARGO:                                                                                               |                                                                                                |
| INSTITUCION: SSPYSSP                                                                                                                                                                                          | INSTITUCION:                                                                                         |                                                                                                |
| POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                |
| FIRMA: Catherine Castro                                                                                                                                                                                       | FIRMA:                                                                                               |                                                                                                |
| NOMBRE: Catherine Castro                                                                                                                                                                                      | NOMBRE:                                                                                              |                                                                                                |
| CEDULA: 42160883                                                                                                                                                                                              | CEDULA:                                                                                              |                                                                                                |
| INSTITUCION: El Incidente de                                                                                                                                                                                  | INSTITUCION:                                                                                         |                                                                                                |
| CARGO: Odon Bloqa.                                                                                                                                                                                            | CARGO:                                                                                               |                                                                                                |