REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 184771580

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CERTIFICAR

NIT: 900913604

No. de Certificado de Acreditación: 18-OIN-087-001

Fecha de expedición: 2025/10/21

Fecha de vencimiento: 2026/10/21

DATOS VEHÍCULO

PLACA: IPV361

CLASE: CAMIONETA

MARCA: FIAT

MODELO: 2014

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 1242

NRO. MOTOR: 1559904

NRO. CHASIS: 9BD25521AE8968983

VIN: 9BD25521AE8968983

LÍNEA: FIORINO FIRE

COLOR: BLANCO BIANCHISA

NOMBRE PROPIETARIO: HERNANDO SIERRA A.

FIRMA DEL RESPONSABLE

JENNY JHULIET RESTREPO MORENO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1088012977



NOMBRE

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ VINASCO

FECHA DE NACIMIENTO

04-01-1993

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

20-09-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

INST MCPAL DE TTO y TTE PEREIRA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	15-10-2023	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	20-09-2028	PARTICULAR



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

60847.0.0-22 06/18

C03003345078

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10028457491

PLACA: IPV361	MARCA: FIAT	LÍNEA: FIORINO FIRE	MODELO: 2014	
CILINDRADA CC: 1.242	COLOR: BLANCO BIANCHISA		SERVICIO: PARTICULAR	
CLASE DE VEHÍCULO: CAMIONETA	TIPO CARROCERÍA: FURGON	COMBUSTIBLE: GASOLINA	CAPACIDAD Kg/PSJ: 620	
NÚMERO DEL MOTOR: 1559904		REG: N	VIN: 9BD25521AE8968983	
NÚMERO DEL SERIE: ******		REG: N	NÚMERO DE CHASIS: 9BD25521AE8968983	REG: N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRES: SIERRA AMARILES HERNANDO

IDENTIFICACIÓN: C.C. 1088238347

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 68

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN: 482013000300141

VIS: I

FECHA IMPORT.: 26/07/2013

PUERTAS: 2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******

FECHA MATRÍCULA: 02/10/2015

FECHA EXP. LIC. TTO.: 20/02/2023

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRÁNSITO: STRIA MCPAL TTO CALI



LT06004919310

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Aseguradora Solidaria de Colombia

¡Siempre junto a ti!

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 24 HORAS DEL
2025 | 10 | 21	2025 | 10 | 22	2026 | 10 | 21

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
5800012775	IPV361	CAMPEROS Y CAMIONETAS	PARTICULAR	1242	2014

PASAJEROS	MARCA	LINEA VEHICULO	CARROCERIA
2	FIAT	FIORINO FIRE	FURGON

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
1559904	9BD25521AE8968983	9BD25521AE8968983	0,62

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
SIERRA AMARILES HERNANDO	3154070052	CC	1088238347	PEREIRA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDIDORA
1520	580	9999	AT1502 5800012775	PEREIRA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
212	$ 623.100,00	$ 324.000,00	$ 2.400,00

TOTAL A PAGAR: $ 949.500,00

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT: 860.524.654-6

Para la lectura de este código QR les sugerimos descargar la aplicación "SOAT VIRTUAL" que se puede descargar desde cualquier celular Android o iOS.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos, la información derivada del presente contrato de seguro y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorgue en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguro así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

NIT: 901.092.480-4

Dosquebradas, 21 de enero del 2026

LA FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ

CERTIFICA QUE:

……

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ identificado con cedula número **1.088.012.977** en calidad de Manipulador(a) de alimentos, asistió a la capacitación realizada en las instalaciones de la **FUNDACIÓN SIRVIENDO PAZ el** día (21) de Enero del presente año.

Los temas desarrollados y explicados fueron los siguientes:

- Estandarización de porciones
- Servido
- Diligenciamiento de formatos
- Manejo y manipulación de alimentos.
- Lavado de manos.
- Limpieza y desinfección de superficies y ambientes.
- Manejo de elementos químicos para aseo.
- Generalidades de BMP.
- Revisión de botellones de agua.
- Almacenamiento y temperaturas para la conservación de los alimentos en condiciones óptimas.
- Control de plagas.
- Procedimiento para la disposición de desechos sólidos.

Atentamente,

MARCELA BRITO VARGAS
INGENIERA DE ALIMENTOS

SANDRA JANETH PARRA MANRIQUE
Médico Especialista Salud Ocupacional
LPSST 673-17

CERTIFICADO DE APTITUD PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EL DÍA: Enero 24/2026
CON C.C No 1.088.012.977
QUIEN OCUPA EL CARGO DE: Manipulador de alimentos
EN LA EMPRESA: Fundación Sirviendo Paz
SE LE PRACTICARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EL TRABAJADOR: Francisco Javier
DE: Gonzalez Vinasco

CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

Si [X] No [ ]

CAUSA: Sin Restricción

PRUEBA A REPETIR: ———

EXAMENES REALIZADOS	
1. EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
2. COPROLÓGICO	✓
3. KOH DE UÑAS	✓
4. GRAM DIRCTO FROTIS DE GARGANTA	✓
5. GRAM DIRECTO FROTIS DE PIEL	
6. SEROLOGÍA V.D.R.L	

DE ACUERDO CON EL CONCEPTO DE APTITUD SE SUGIEREN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
Control periódico / EPS	Bioseguridad Lavado frecuente de manos

La presente certificacion se expide con base en la historia clinica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo esta regulado por la resolución 2356/2007 y 1918/2009 . Declaro que he suministrado al medico información clara, veraz y completa sobre mi estado de salud y no he omitido ninguna infomación importante. Decreto 1295/1994 art 22

Firma y Sello del Médico:

Lic. Salud Ocupacional: LPSST 673/17

Email: siparra3@hotmail.com

Powered by CamScanner

FUMIC

Concepto Sanitario de Funcionamiento
N° 900926205-2-EAP- RQ 2025
Programas de Control de Plagas a Nivel Industrial, Comercial, Residencial y Vehicular.

FSP-002-03-2026

CERTIFICADO DE CONTROL DE PLAGAS

Lore

Tipo de Vehiculo: FIAT

Modelo: 2014 **Placa:** IPV 361

Servicio Prestado: Desinsectación (X)

Desinfección ( )

Producto(s) Utilizado(s): SIPERTRIN

Ingrediente(s) Activo(s): BETACIPERMETRINA

Categoría Toxicológica: III

Fecha de Control:	14 - 03 - 2026
Vigencia:	14 - 04 - 2026

FUMIC

Firma y sello de Fumic
FUMIC Defensa Antiplagas S.A.S

NIT 900926205-2 Tel: 317 524 5027

Calle 19 # 4B - 31 Los Olivos Dosquebradas - Risaralda
Tel: 3428695 Cel: 3175245027 Email: fumic.antiplagas@gmail.com
www.fumicdefensaantiplagas.com

Powered by CamScanner

Municipio de Dosquebradas

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Invima

DEPARTAMENTO DE LA INSCRIPCIÓN	RISARALDA	MUNICIPIO DE LA INSCRIPCIÓN	DOSQUEBRADAS	FECHA	28 04 2026 (día / mes / año)
CODIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	66	CODIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	170	NÚMERO DE INSCRIPCIÓN	66170IPV361

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo ó interesado)

*TIPO DE CARROCERIA: FURGON

* ¿CUAL ES UNIDAD DE TRANSPORTE CON LA QUE CUENTA EL VEHÍCULO?:

TIPO FURGON	X	PLACA DEL VEHÍCULO	IPV361.
TIPO REMOLQUE		PLACA DEL REMOLQUE	
TIPO SEMIRREMOLQUE		PLACA DEL SEMIREMOLQUE	
OTRO TIPO		CUAL?	PLACA DEL VEHÍCULO

* ¿CUENTA CON CAJA, CONTENEDOR Ó CISTERNA, CON AISLAMIENTO TÉRMICO (ISOTERMO)? SI [ ] NO [X]

* ¿CUENTA CON UNIDAD DE FRÍO? SI [ ] NO [X]

* TIPO DE PRODUCTO TRANSPORTADO: ALIMENTO PROGRAMA PAE.

IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el propietario de Vehículo ó interesado)

Persona Natural	X	HERNANDO SIERRA AMARILES.
Persona Jurídica		

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. [X] C.E [ ] NIT [ ] Número de documento: 1088238347.

TELÉFONO: ——— FAX: ——— CELULAR: 3706693658.

CORREO ELECTRÓNICO: kirpu70626@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FÍSICA: CRA 1 9#71 VALLARTA BODEGA 7.

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA: kirpu70626@gmail.com — Autoriza la notificación electrónica? SI [X] NO [ ]

*MUNICIPIO DE NOTIFICACIÓN: DOSQUEBRADAS — *DEPARTAMENTO DE NOTIFICACIÓN: RISARALDA.

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

Entidad Territorial de Salud (ETS): SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD DOS — Vehículo vigilado por la ETS: NO [ ] SI [X]

Funcionario que realiza inscripción: MAGNA NURY CELIS C.

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

Por parte del responsable del vehículo o quien realiza la inscripción del vehículo:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del vehículo)	
NOMBRE COMPLETO: FRANCISCO JAVIER GONZALEZ MARIN	FIRMA:
CÉDULA: 1088012777	EN CALIDAD DE: TRANSPORTADOR
RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)	
NOMBRE COMPLETO: MAGNA NURY CELIS C.	FIRMA:
CÉDULA: 37617613	EN CALIDAD DE: TECNICO SALUD.
Se entrega copia al interesado.	

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA VEHICULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS

invima

Municipio de Dosquebradas

CIUDAD: DOSQUEBRADAS | FECHA: 28/01/2026 | ACTA N°: MNC 20260128 1

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS

IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

* CAMPO OBLIGATORIO

*NOMBRE DEL PROPIETARIO: HERNANDO SIERRA AMARILES

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] Número de documento: 10087350307

*PLACA DEL VEHÍCULO: JPV361 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 66170TPV361

TELÉFONOS: 3206693655

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO: sierra20666@gmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CRA 19 #71 VALLARTA BODEGA 7

*DEPARTAMENTO: RISARALDA | *MUNICIPIO: DOSQUEBRADAS

*CLASE DEL VEHÍCULO: Camioneta [X] Camión [ ] Moto [ ] Otro [ ] Cuál

*MARCA: FIAT | *MODELO: 2011 | *COLOR: BLANCO BLANCHISA

*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO: ALIMENTO PAF.

SISTEMA DE REFRIGERACIÓN: SI [ ] NO [X]

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-V 7am-3pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 1

CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN				% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	
	30 / Mes / 2025.	FAVORABLE	X		100 %
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		Especifique:			

EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN
Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO

	1 DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS	
1.1	Diseño sanitario del vehículo. *(Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367,368,369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art.57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 5 y 9. Resol. 2505/2004. Art. 4.)*	12	(6)	0	SE OBSERVAN DESGASTE DE PINTURA A NIVEL DE PISO Y OXIDACIONES EN EXTERIOR.	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			6	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

	2 EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS	crítico
2.1	Condiciones de los utensilios. *(Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013. Art. 29, Núm. 1 y 5. Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 683, 4142 y 4143 de 2012; 834 y 835 de 2013.)*	(12)	6	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta	

	3 PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS	crítico
3.1	Estado de salud. *(Resol. 2674/2013. Art. 11, Núm. 5. Art. 14, Núm. 12.)*	(13)	6,5	0		C
3.2	Reconocimiento Médico *(Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)*	(4)	2	0		C

3.3	Prácticas higiénicas. *(Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)*	13	6,5	0	C
3.4	Educación y Capacitación *(Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)*	6	3	0	SE EVIDENCIA QUE EL CRONOGRAMA NO COINCIDE EN EL INICIO DE PROYECTO CON EL CERTIFICADO DE CAPACITACION. C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			36	La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta

4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
4.1	Limpieza del vehículo. *(Resolución 2674/2013. Art. 29, Núm. 4 y 5.)*	15	7,5	0		C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15	La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta	

5	VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
5.1	Condiciones de conservación del producto. *(Decreto 2278/1982 Art. 368, 369, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013, Art. 29, Núm. 6, 7, 8. Art. 30, Parágrafo 1 y 2.)*	20		0		C
5.2	Empaque, Rotulado y vida útil. *(Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013. Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)*	5	2,5	0	NO SE EVIDENCIA PRODUCTO.	C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			25	La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta	

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO		CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
94	X	FAVORABLE	90-100%
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
		DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si | No | Cuál:

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

SE SOCIALIZAN LOS HALLAZGOS.

Por parte del establecimiento:

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 28 del mes de ABRIL del año 2026 en la Ciudad de Dosquebradas.
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:	FIRMA:
NOMBRE: MARÍA NUBIA CELIS C	NOMBRE:
CÉDULA: 37617613	CÉDULA:
CARGO: TECNICO DE SALUD.	CARGO:
INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS	INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE DOSQUEBRADAS
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: FRANCISCO GONZALEZ	NOMBRE:
CÉDULA: 1088012774	CÉDULA:
CARGO: ADMINISTRADOR	CARGO: