III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO - BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple ✓ No cumple ___

Acta de inspección No. PBR 06 cccoz Fecha: 16/05/2026 Página 1 de 6

Hora inicio verificación: 14:10	Hora finalización: 14:192.	Lugar de la verificación: Parque Olaya

1. DATOS ENTIDAD (Brigadas o equipos de primer auxilio)

Razón social: SAE Paramédico SAS.	Representante legal: Elkin Dario Flores Muñera	
Nit: 900010662-7	Dirección de la sede: Mz 6 Casa 21 Bv. Cavalier	Teléfono: 3127931070
Tipo de evento: Artistico Religioso	Responsable del evento: Sec. Desarrollo Social.	
Nombre del evento: Vallenato al Parque	Total brigadas instaladas: 4	Total brigadistas instalados: 16

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 3 / EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Erika Johana Arias.	RETHUS ~~SÍ~~	NO	SVB X	SVA
Documento identidad: 1088019084	Profesión/ocupación: Auxiliar de enfermería			
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en:	Primeros auxilios	Primer respondiente	~~SVB~~ y/o SVA	

Número total de brigadistas: 4			¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?	SÍ X	NO
Equipo de Bioseguridad para cada uno	SÍ X	NO	Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr	SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO	Inmovilizadores de extremidades	SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas	SÍ X	NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.	SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO	Linterna y silbato	SÍ X	NO

BRIGADA Nº 4 / EQUIPO Nº ___

Nombre coordinador brigada: Tania Gaviria	RETHUS SÍ X	NO	SVB X	SVA
Documento identidad: 1143926587	Profesión/ocupación: Auxiliar de enfermería			
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en:	Primeros auxilios	Primer respondiente X	SVB y/o SVA	

Número total de brigadistas: 4			¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?	SÍ X	NO
Equipo de Bioseguridad para cada uno	SÍ X	NO	Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr	SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO	Inmovilizadores de extremidades	SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas	SÍ X	NO	Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.	SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO	Linterna y silbato	SÍ X	NO

OBSERVACIONES:

Nombre coordinador de las brigadas: Elkin Flores	Nombre funcionario SSP y SS: Cristian Camilo Cabrera
CC: 94262944	CC: 1088318786 1112507956
Firma:	Firma:

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – BRIGADAS/EQUIPOS

Concepto: Cumple ✓ No cumple ___

Acta de inspección No. CCC-02 DBR-06 **Fecha:** 16-05-2026 **Página** 2 **de** 6

Hora inicio verificación: hh / mm 17+20	**Hora finalización:** hh / mm 17+42.	**Lugar de la verificación:** Parque Olaya Herrera

1. DATOS ENTIDAD (Brigadas o equipos de primer auxilio)

Razón social: SAE Bomimedicos SAS.	**Representante legal:** Elkin Dario Florez.	
Nit: 901010662-7	**Dirección de la sede:** M6 casa 21 conilos.	**Teléfono:**
Tipo de evento: Artistico Cultural	**Responsable del evento:** Soc. Desarrollo economico,	
Nombre del evento: Vallenato al Parque	**Total brigadas instaladas:** 4	**Total brigadistas instalados:** 16

2. PERSONAL BRIGADISTA

BRIGADA Nº 1 / **EQUIPO Nº** ___

Nombre coordinador brigada: Yesenia Echavarry	**RETHUS**	X **SÍ**	**NO**		**SVB** X	**SVA**
Documento identidad: 1090050020	**Profesión/ocupación:** AUX ENFERMERIA.					
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en:	**Primeros auxilios**	**Primer respondiente**	X **SVB y/o SVA**			

Número total de brigadistas: 3.				¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?	SÍ X	NO
Equipo de Bioseguridad para cada uno	SÍ ✓	NO		Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr	SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO		Inmovilizadores de extremidades	SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas	SÍ X	NO		Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.	SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO		Linterna y silbato	SÍ X	NO

BRIGADA Nº 2 / **EQUIPO Nº** ___

Nombre coordinador brigada: Geraldin Ramirez Loaiza	**RETHUS**	X **SÍ**	**NO**		**SVB** X	**SVA**
Documento identidad: 1088036093.	**Profesión/ocupación:** AUX. ENFERMERIA					
Los brigadistas cuentan con curso actualizado en:	**Primeros auxilios**	**Primer respondiente**	X **SVB y/o SVA**			

Número total de brigadistas: 3				¿Cuenta con formato de registro de atención de pacientes?	SÍ X	NO
Equipo de Bioseguridad para cada uno	SÍ X	NO		Tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y corr	SÍ X	NO
Botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	SÍ X	NO		Inmovilizadores de extremidades	SÍ X	NO
Radio con baterías cargadas	SÍ X	NO		Inmovilizador cervical graduable rígido Adulto/Pediát.	SÍ X	NO
Identificación visible y reflectiva en la noche	SÍ X	NO		Linterna y silbato	SÍ X	NO

OBSERVACIONES:

Nombre coordinador de las brigadas: Elkin Florez **CC:** 9012628446 **Firma:**	**Nombre funcionario SSP y SS:** Oriana Bernal Cristina Cardona **CC:** 1088318786 1125049590 **Firma:**

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – PUNTO DE PRIMER AUXILIO

Acta de inspección No. CCC-02 DBR-06 **Fecha:**(16-05-2026) **Página** 3 **de** 6

Concepto: Cumple ✓ No cumple___

Hora inicio verificación: 17+33	**Hora finalización:** 17+42.	**Lugar de la verificación:** Parque doña Herrera.

1.DATOS ENTIDAD

Razón social: SAE Paramedicos. SAS		**Representante legal:** Elkin Dario Florez Munera.
Nit: 901010662-7	**Dirección de la sede:** Mz 6 Casa 21 Barrio Corales.	**Teléfono:** 3127831070
Tipo de evento: Artistico/cultural		**Responsable del evento:** Sec. Desarrollo economico
Nombre del evento: Vallenato al Parque		

2. PERSONAL ASISTENCIAL

Nombre coordinador: Oriana Arboleda	**RETHUS**			**SVB/SVA**		
Documento identidad: 1088258900	**SÍ**	X	**NO**		X **SÍ**	**NO**
Profesión/ocupación: Aux. En Farmacia.	**Personal de apoyo cuenta con alguno de los siguientes cursos:**					
Número total de personal de apoyo: 1	**Primeros Auxilios**		**Primer respondiente**		X **SVB y/o SVA**	

3. DOTACIÓN E INFRAESTRUCTURA

¿El sitio de atención es seguro?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizadores de extremidades**	X **SÍ**	**NO**
¿Hay facilidad para el acceso de los vehículos de emergencia?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizador cervical adulto y pediátrico (multi-talla)**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio de atención se encuentra debidamente señalizado y es de fácil identificación para los participantes y/o asistentes?	X **SÍ**	**NO**	**Fonendoscopio, tensiómetro, oxímetro y glucómetro.**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio cuenta con adecuada iluminación y ventilación?	X **SÍ**	**NO**	**¿Cuenta con un formato de registro de atención de pacientes?**	X **SÍ**	**NO**
¿Cuenta el sitio con condiciones físicas y sanitarias adecuadas para atención de pacientes (buen aseo, ausencia de plagas, ausencia de escorrentía de aguas)?	X **SÍ**	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con elementos de protección personal EPP (guantes desechables, tapabocas, monogafas?**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio brinda privacidad al paciente?	X **SÍ**	**NO**	**Cuentan con una linterna y un silbato por persona?**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio de atención cuenta con disponibilidad de agua potable? En caso que en el sitio no haya acueducto, el prestador puede disponer de recipiente de agua potable, como MINIMO un porrón de 20 litros con disponibilidad permanente y suficiente para un día de trabajo.	X **SÍ**	**NO**	**Todo el personal del punto cuenta con identificación visible y reflectiva** (para eventos nocturnos)	X **SÍ**	**NO**
¿Cuenta con radio con carga completa, batería de repuesto, como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado	X **SÍ**	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con vestimenta en material antifluido?**	X **SÍ**	**NO**

III. SERVICIO DE PRIMER AUXILIO – PUNTO DE PRIMER AUXILIO

Concepto: Cumple ✓ No cumple ___

Acta de inspección No. CCC-02 DBR-06 **Fecha:** (16-05-2026) **Página** 3 **de** 6

Hora inicio verificación: 17+33	**Hora finalización:** 17+42.	**Lugar de la verificación:** Parque doña Herrera.

1.DATOS ENTIDAD

Razón social: SAE Paramedicos. SAS		**Representante legal:** Elkin Dario Florez Moreno.
Nit: 901010662-7	**Dirección de la sede:** Mz 6 Casa 21 Barrio Corales.	**Teléfono:** 3127831070
Tipo de evento: Artistico / cultural		**Responsable del evento:** Sec. Desarrollo economico
Nombre del evento: Vallenato al Parque		

2. PERSONAL ASISTENCIAL

Nombre coordinador: Daiana Arboleda		**RETHUS**			**SVB/SVA**	
Documento identidad: 1088258900	**SÍ**	X	**NO**		X **SÍ**	**NO**
Profesión/ocupación: Aux. En Farmacia.	**Personal de apoyo cuenta con alguno de los siguientes cursos:**					
Número total de personal de apoyo: 1	**Primeros Auxilios**		**Primer respondiente**		X **SVB y/o SVA**	

3. DOTACIÓN E INFRAESTRUCTURA

¿El sitio de atención es seguro?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizadores de extremidades**	X **SÍ**	**NO**
¿Hay facilidad para el acceso de los vehículos de emergencia?	**SÍ** X	**NO**	**Inmovilizador cervical adulto y pediátrico (multi-talla)**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio de atención se encuentra debidamente señalizado y es de fácil identificación para los participantes y/o asistentes?	X **SÍ**	**NO**	**Fonendoscopio, tensiómetro, oxímetro y glucómetro.**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio cuenta con adecuada iluminación y ventilación?	X **SÍ**	**NO**	**¿Cuenta con un formato de registro de atención de pacientes?**	X **SÍ**	**NO**
¿Cuenta el sitio con condiciones físicas y sanitarias adecuadas para atención de pacientes (buen aseo, ausencia de plagas, ausencia de escorrentía de aguas)?	X **SÍ**	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con elementos de protección personal EPP (guantes desechables, tapabocas, monogafas?**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio brinda privacidad al paciente?	X **SÍ**	**NO**	**Cuentan con una linterna y un silbato por persona?**	X **SÍ**	**NO**
¿El sitio de atención cuenta con disponibilidad de agua potable? En caso que en el sitio no haya acueducto, el prestador puede disponer de recipiente de agua potable, como MINIMO un porrón de 20 litros con disponibilidad permanente y suficiente para un día de trabajo.	X **SÍ**	**NO**	**Todo el personal del punto cuenta con identificación visible y reflectiva** (para eventos nocturnos)	X **SÍ**	**NO**
¿Cuenta con radio con carga completa, batería de repuesto, como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado	X **SÍ**	**NO**	**¿Todo el personal del punto cuenta con vestimenta en material antifluido?**	X **SÍ**	**NO**

exclusivamente y que le permita establecer contacto con brigadas, AMBULANCIA, PMU y Logística? (No se aceptará aplicación Zello para eventos de aglomeración)					
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	**SÍ** X	**NO**	**Kit de derrames (fluidos biológicos y derrame de medicamentos) que cuente con:** - Guantes desechables ✓ - Tapabocas ✓ - Monogafas ✓ - Delantal ✓ - Pala y recogedor pequeño ✓ - Bolsa roja ✓ -Paño absorbente ✓ -Producto de desinfección ✓ - Solidificador de líquidos ✓	**SÍ** X	**NO**
¿Cuenta con productos para limpieza y desinfección de superficies (rotulados y con fecha vigente)? Un producto para limpieza y otro para desinfección, o un producto que cumpla las dos funciones (Res. 1164/02)	**SÍ** X	**NO**			
¿Cuenta con ropa hospitalaria suficiente? Mínimo 1 paquete de sábanas y 1 cobija por camilla	**SÍ** X	**NO**			
¿Cuenta con por lo menos 1 camilla en material de fácil limpieza?	**SÍ** ✓	**NO**			
¿Cuenta con por lo menos 1 silla en material de fácil limpieza?	**SÍ** X	**NO**			
Cuenta con botiquín básico de primeros auxilios tipo BO-B	**SI** ✓	**NO**			
Cuenta con tabla rígida con inmovilizadores cefálicos laterales y correas	**SI** X	**NO**			

Observaciones:

Nombre coordinador: Dayana Arbeláez.	**Nombre funcionario SS y SS:** Oscar Bernal Restrepo
CC: 1088258900	**CC:** 1088318786
Firma:	**Firma:** Cristian Camilo Castaneda S. 1152079588

Alcaldía de PEREIRA

Versión: 1 | Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL DE PEREIRA
PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Concepto:
Cumple ✓ **No Cumple** ___

I. SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES

Acta de verificación No. CCC02 DBR06 **Fecha:** (16/05/2026) **Placa del vehículo:** FOL803 **Página** 5 **de** 6

Hora inicio verificación: 17+10		**Hora finalización:** 17+12	
Tipo de evento: Concierto / Artistico Cultural		**Responsable del evento:** Sec Desarollo Economico	
Nombre del evento: Vallenato al Parque		**Lugar de la verificación:** Parque Olaya	
INFORMACIÓN ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE PACIENTES - REPS			
Razón social: SAE Paramedicos SAS.			
Representante legal: Elkin Dario Florez Hincapie.			
Nit: 901010662-7	**Teléfono:** 3127831070	**Dirección de la sede:** Mz 6 Casa 21 Br Cerritos	

INFORMACIÓN DEL SERVICIO INSTALADO (TAM/TAB)				
Servicio instalado:	TAB.	**¿El servicio se encuentra habilitado en REPS?**	**Sí** X	**No**
El servicio instalado corresponde al servicio requerido			**Sí** X	**No**

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AMBULANCIA				
Nombre: John Didier Loaiza Gonzalez			**Documento de identidad:** 1088277885	
El conductor cuenta con alguno de los siguientes cursos con fecha vigente:			**Primeros auxilios** X	**Primer respondiente** / **SVB y/o SVA**
Licencia de conducción:	~~Sí~~	**No**	**Categoría:** B1 - C1	

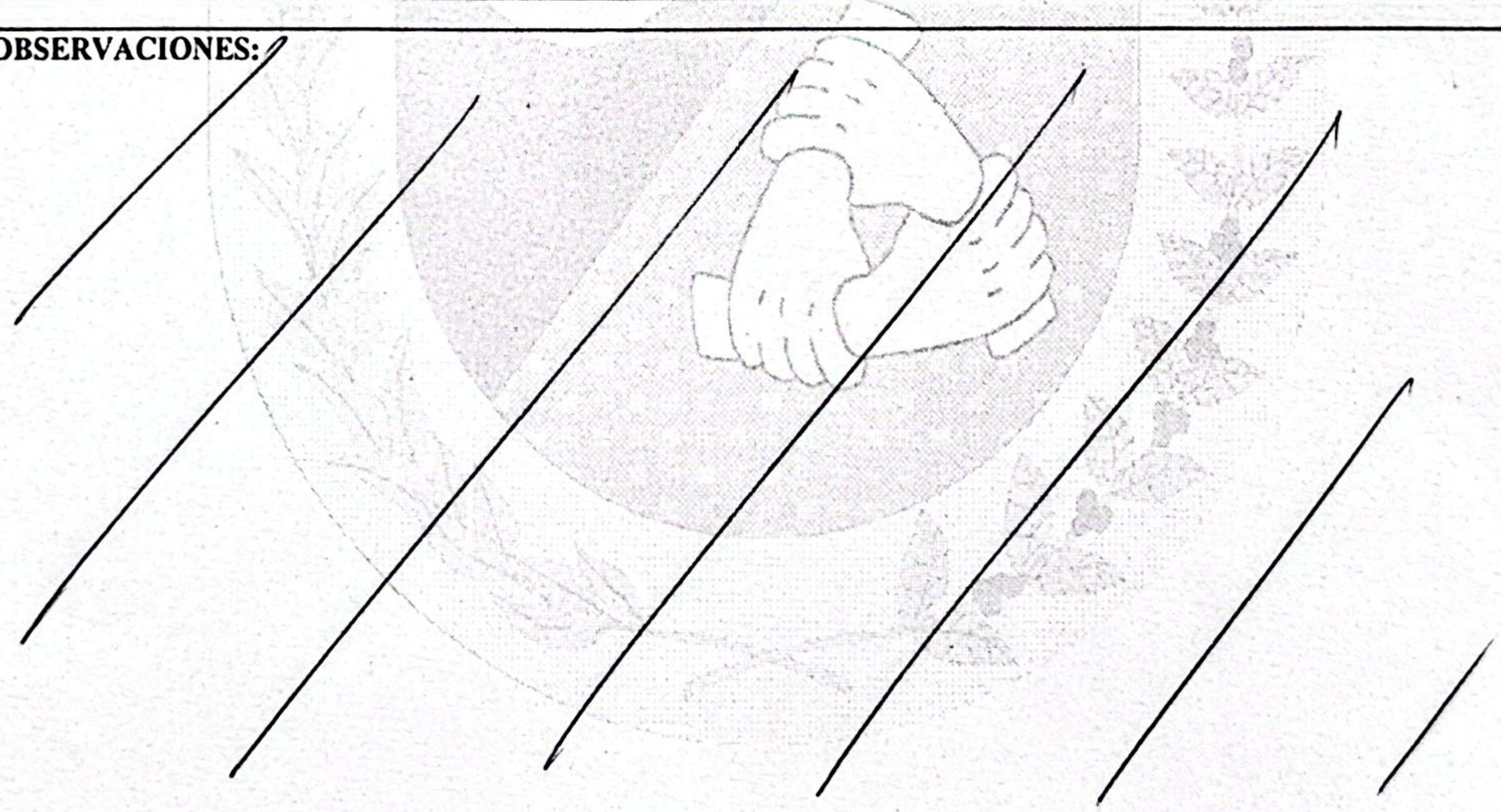
INFORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL AMBULANCIA					
Nombre: Juan Diego Jaramillo Zuluaga			**Profesión/Ocupación:** Auxiliar de enfermeria		
Documento de identidad: 1089599665			**RETHUS:**	**SÍ** X	**NO**
SVB (TAB)	**SÍ** X	**NO**	**SVA (TAM)**	**SÍ**	**NO** X
Nombre:			**Profesión/Ocupación:**		
Documento de identidad:			**RETHUS:**	**SI**	**NO**
SVB (TAB)	**SÍ**	**NO**	**SVA (TAM)**	**SÍ**	**NO**

INFORMACIÓN DE DOTACIÓN Y CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD DE LA AMBULANCIA		
¿Cuenta con monitor de signos vitales funcional (brazalete y pulsioxímetro) y con carga superior al 60%?	~~SI~~	**NO**
¿Cuenta con Desfibrilador Externo Automático (DEA) y con parches adulto y pediátrico con fechas vigentes?	~~SI~~	**NO**
¿Cuenta con equipo eléctrico de aspiración con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños)?	~~SI~~	**NO**
¿Cuentan con fonendo, tensiómetro y glucómetro (Para uso adulto y pediátrico y con fecha de calibración vigente)?	~~SI~~	**NO**
¿Cuenta con resucitador pulmonar manual adulto y pediátrico debidamente rotulado (fecha vencimiento)?	~~SI~~	**NO**
¿Disponen de máscaras simples para uso adulto y pediátrico?	~~SI~~	**NO**
¿Disponen de máscara de no Re-inhalación adulto y pediátrico?	~~SI~~	**NO**
¿Dispone de cánulas nasales adulto y pediátrico?	~~SI~~	**NO**
¿Cuentan con Kit Venturi adulto y pediátrico?	~~SI~~	**NO**
¿Cuentan con cilindro oxígeno medicinal portátil y central?	~~SI~~	**NO**
¿Cuenta con aditamento supraglótico varios tamaños? (mascara laríngea, cánulas de guedell, etc.)	~~SI~~	**NO**
¿Cuenta con tijeras corta todo o de trauma?	~~SI~~	**NO**
¿Cuenta con pinzas de magill?	~~SI~~	**NO**
¿Cuenta con atril portasueros?	~~SI~~	**NO**

Scanned with CamScanner

¿Cuenta con riñonera, pato para mujeres y pato hombres?	SI	NO
¿Cuenta con lámpara de mano con baterías de repuesto? (linterna)	SI	NO
¿Cuenta con manta térmica aluminizada?	SI	NO
¿Cuenta con torniquete de hemorragias?	SI	NO
¿Tienen silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con capacidad de carga mínimo de 120kg? (Debe tener sistema de sujeción para el paciente y al interior de la ambulancia)	SI	NO
¿La camilla central con anclaje funcionando, cinturón de seguridad en buen estado, barandillas con seguro, garantía de apertura y rodamiento?	SI	NO
¿Tienen la camilla secundaria para inmovilización espinal y con correas para asegurar el paciente?	SI	NO
¿Cuentan con inmovilizadores cervicales y de extremidades en diversos tamaños?	SI	NO
¿Cuentan con tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular?	SI	NO
¿Cuenta con adecuadas condiciones de limpieza del vehículo: Sin presencia de residuos de alimentos, sin polvo, sin evidencia de plagas, sin derrames de fluidos corporales, ¿etc.?	SI	NO
¿Cuenta con productos para limpieza y desinfección, debidamente rotulados y con fecha vigente? Un producto para limpieza y otro para desinfección, o un producto que cumpla las dos funciones (Res. 1164/02)	SI	NO
¿Cuenta con recipientes para residuos, de tapa tipo pedal, debidamente rotulados y con su bolsa según la norma vigente? (Res. 1164/02)	SI	NO
¿Cuenta con recipiente adecuado para residuos cortopunzantes? Debe estar fijo, asegurado y debidamente rotulado.	SI	NO
¿Cuenta con elementos de protección personal EPP: Gafas de bioprotección, guantes desechables, tapabocas, uniforme material anti fluidos, batas y gorros.	SI	NO
¿Cuenta con ropa hospitalaria, mínimo dos sábanas y una cobija?	SI	NO
¿Cuenta con extintores ABC con capacidad mínima con carga de 2-26 kg para cada uno de los compartimientos del vehículo? Calibrados y con fecha de vencimiento vigente	SI	NO
¿Cuenta con radio como principal sistema de comunicación de doble vía, asignado exclusivamente a la ambulancia, que le permita establecer contacto con brigadas, MEC, PMU y Logística?	SI	NO
¿Cuenta con chalecos reflectivos?	SI	NO

OBSERVACIONES:



Responsable del servicio: Juan Diego Jaramillo **CC:** 1039529665 **Firma:**	**Nombre funcionario SSP y SS:** Cristian Camilo Castaneda **CC:** Adriana Bedoya 1088318786 CC. 1125074588 **Firma:**

Alcaldía de PEREIRA

Versión: 1 | Fecha de vigencia: Enero 17 de 2024

ACTA DE ENTREGA DE VERIFICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD A PMU/RERENTE DE DIGER

Acta No. CCC-02-088-06 **Página** 1 **de** 1

Fecha: 16-MAYO-2026	**Hora:** 17:00
NOMBRE DEL EVENTO: Jalborato al Parque	
Responsable del evento: Secretaria de Desarrollo economico y competitividad	
Lugar de la verificación: Parque Olaya Herrera	

Una vez revisado el Plan de Atención en Salud para el evento descrito, la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira puede determinar que:

El operador del Plan de Atención en Salud instala los recursos en el sitio del evento a las: 17:00 horas.
La Secretaria de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira pudo iniciar la verificación del Plan de Atención en Salud a las: 17:00 horas, una vez los recursos en salud estuvieron listos para ser revisados.

El servicio de Transporte Especial de Pacientes Cumple ✓ No cumple _____ No APLICA _____ con los requerimientos establecidos por la normatividad vigente y son acordes al Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

El servicio de Atención Prehospitalaria (incluye MEC) Cumple _____ No cumple _____ No APLICA X con los requerimientos establecidos por la normatividad vigente y son acordes al Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

El servicio de Primer Auxilio (Brigadas/Equipos) Cumple ✓ No cumple _____ No APLICA _____ con los requerimientos establecidos en el Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

El Punto de Primer Auxilio Cumple ✓ No cumple _____ No APLICA _____ con los requerimientos establecidos en el Plan de Contingencias del Escenario y/o Plan de Atención en Salud presentado por el organizador del evento.

La Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira notificó el evento al CRUE el día anterior al evento por tal razón, cuando se presente una emergencia en la cual se requiera remitir pacientes a centros asistenciales se deberá notificar al CRUE y solicitar la asignación del servicio de urgencias al cual debe dirigirse. Los centros asistenciales más cercanos al lugar del evento son:

ESE Hospital la 40.	Urgencias BAJA complejidad
Clinica comfamiliar	Urgencias MEDIA complejidad
Hospital san jorge.	Urgencias ALTA complejidad

Observaciones:

Nota: La presente acta hace parte integral del acta de verificación y/o instalación del PMU para el evento.

Coordinador Plan Atención en Salud:	**Funcionario SSP y SS:** Dayana Bernal
CC: 94262344	**CC:** 1088318786
Firma:	**Firma:** Cristian Camilo Castaño 1125074588