ALCALDÍA DE POPAYÁN
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL
ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS TÉCNICOS MÍNIMOS – LOTE 1

PROCESO DE CONTRATACIÓN: Selección Abreviada de Menor Cuantía N.° MP-SS-SM-002-2026

OBJETO:
"PRESTAR SERVICIOS MÉDICO-VETERINARIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE FAUNA DOMÉSTICA Y SINANTRÓPICA, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN DENTRO Y FUERA DEL CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL, EN LOS ESPACIOS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE PROTECCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL EN EL MUNICIPIO DE POPAYÁN".
LOTE: 1 – Servicios de Esterilización
ACTA No.: 01
FECHA: 25/09/2026

PROCESO/TEMA
Visita de verificación de la capacidad técnica, condiciones de la clínica veterinaria y unidad móvil ofertadas para el Lote 1 – Servicios de Esterilización.

OBJETIVO

Dejar constancia de la visita de verificación realizada por la Secretaría de Salud Municipal al establecimiento y a la unidad móvil ofertados por el proponente para la ejecución del Lote 1 – Servicios de Esterilización, con el propósito de verificar en sitio las condiciones técnicas, físicas, operativas y de disponibilidad establecidas en los documentos del proceso contractual.

La visita comprende la verificación de las condiciones correspondientes a la Clínica Veterinaria y a la Unidad Móvil Veterinaria, de acuerdo con los requisitos establecidos para acreditar la capacidad técnica y de organización del proponente.

En particular, se verificará que la clínica veterinaria se encuentre ubicada y en operación en el municipio de Popayán y que disponga de las condiciones necesarias para la ejecución del objeto contractual, incluyendo la atención de emergencias veterinarias y hospitalización cuando se requiera.
Igualmente, se verificará la existencia, ubicación, identificación y condiciones generales de la unidad móvil, vehículo tipo furgón, unidad móvil veterinaria o remolque ofertado para la realización de las jornadas masivas de esterilización canina y felina.

AGENDA

1. Identificación del proponente y establecimiento objeto de la visita.
2. Verificación de la ubicación y operación de la clínica veterinaria.
3. Verificación de las condiciones generales e infraestructura de la clínica.
4. Revisión de los documentos y soportes correspondientes a la clínica veterinaria.
5. Verificación de la unidad móvil veterinaria ofertada.
6. Verificación de la identificación, condiciones físicas y operativas de la unidad móvil.
7. Revisión de los documentos asociados al vehículo.

8. Verificación de la disponibilidad de la unidad móvil en el municipio de Popayán.
9. Registro fotográfico y demás evidencias de la visita.
10. Diligenciamiento del formato de verificación de requisitos técnicos.
11. Registro de observaciones.
12. Determinación del resultado de la visita.
13. Establecimiento de compromisos, cuando haya lugar.
14. Cierre y suscripción del acta.

DESARROLLO

Siendo las 9:00 am del día 25/09/2026, en las instalaciones de la clínica veterinaria ubicada en carrera 11#18N-25 barrio Catay. municipio de Popayán, se reunieron los representantes de la Secretaría de Salud Municipal y el representante del proponente, con el propósito de realizar la visita de verificación de la capacidad técnica correspondiente al Lote 1 – Servicios de Esterilización.

La visita se realiza de conformidad con los requisitos establecidos en los documentos del proceso contractual, específicamente aquellos relacionados con las especificaciones de la clínica veterinaria y de la unidad móvil, como condiciones para acreditar la capacidad técnica y de organización requerida para la ejecución del contrato.

Durante la diligencia se realizó recorrido por las instalaciones de la clínica veterinaria, revisión de las condiciones observables en sitio y verificación de la unidad móvil ofertada, así como revisión de los documentos y soportes disponibles relacionados con los requisitos establecidos.

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE

CAMPO	INFORMACIÓN
Nombre o razón social del proponente	Clínica veterinaria Dr. Arbelaez
NIT	76327215-8
Representante legal	Carlos Alberto Arbelaez Barrera
Documento de identificación	76327215
Nombre de la clínica veterinaria	Clínica veterinaria Dr. Arbelaez
Dirección de la clínica	Carrera 11#18N-25 barrio Catay
Teléfono	3185367718
Correo electrónico	clinicadrarbelaez@gmail.com
Médico Veterinario / responsable	Carlos Alberto Arbelaez Barrera

2. PERSONAL QUE PARTICIPA EN LA VISITA

N.	NOMBRE	CARGO / CALIDAD	ENTIDAD / EMPRESA	FIRMA
1	Juan Manuel Rodríguez García	Técnico operativo 01	Secretaria de salud Municipal	
2	José Manuel Ruiz Jacome	Medico veterinario contratista	Secretaria de Salud Municipal	
3	Nathalie Muñoz Torres	Profesional universitaria 01	Secretaria de salud Municipal	

4	Julian David Orozco	Abogado contratista	Secretaria de salud Municipal	
5				
6				

3. VERIFICACIÓN DE LA CLÍNICA VETERINARIA

De acuerdo con los requisitos establecidos para el Lote 1 – Servicios de Esterilización, se procedió a verificar las condiciones correspondientes a la clínica veterinaria ofertada.

N.°	REQUISITO	VERIFICACIÓN REALIZADA	RESULTADO	OBSERVACIONES
1	Clínica veterinaria debidamente registrada ante la Cámara de Comercio, con domicilio y operación en la ciudad de Popayán.	Es entregado al equipo de la Secretaria de salud certificado de matrícula mercantil de Popayan de fecha xxx donde se evidencia establecimiento de comercio de nombre Clínica Dr Arbelaez ubicado en la carrera 11#18N-25 B/ Catay	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	Se entrega Certificado de Matricula Mercantil de Fecha 25/09/2026
2	Existencia de infraestructura, capacidad técnica y servicios necesarios para la ejecución del objeto contractual.	Se realiza seguijmiento a todas las instalaciones de la clínica veterinaria donde se evidencia, sala de espera, consultorios, área de ayudas diagnosticas, quirófano, área de hospitalización, cuarentena, oficinas entre otros se anexa material	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	

		fotográfico registro fotográfico		
3	Condiciones para atención de emergencias veterinarias y hospitalización de animales, en caso de requerirse.	Se realiza verificación en donde se evidencia instalaciones para la atención de urgencias y disponibilidad de personal 24 horas.	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	
4	Certificado de existencia y representación legal o matrícula mercantil vigente del establecimiento de comercio.	Se anexa matricula mercantil de fecha xxx	☐ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	
5	Concepto o certificado sanitario vigente emitido por la autoridad sanitaria correspondiente.	Se verifica documento original y se entrega copia del concepto sanitario favorable del 21 de abril del 2026	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	
6	Certificado de inspección, vigilancia y seguridad humana expedido por el Cuerpo Oficial de Bomberos.	Se verifica certificado de inspección y seguridad humana expedido por el cuerpo oficial de bomberos del 2 de diciembre del 2025, valido hasta el 1 de diciembre 2026	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	
7	Registro o certificación ante el Instituto Colombiano Agropecuario – ICA, cuando aplique conforme a la normatividad vigente.	Se verifica certificación ante el Instituto colombiano agropecuario ICA. de fecha 23/oct/2024 con fecha indefinida	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	
8	Clínica veterinaria plenamente habilitada y en funcionamiento al momento del cierre del proceso y durante la ejecución	Se realiza verificación del funcionamiento de la clínica	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	

	contractual.	veterinaria y se anexa material fotográfico y video		

OBSERVACIONES SOBRE LA CLÍNICA VETERINARIA

_____

_____

_____

_____

_____

4. VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE LA CLÍNICA VETERINARIA

Durante la visita se verificaron los documentos y soportes disponibles relacionados con los requisitos establecidos:

N.°	DOCUMENTO / SOPORTE	PRESENTADO	VIGENTE / VERIFICADO	OBSERVACIONES
1	Certificado de existencia y representación legal o matrícula mercantil	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta registro mercantil s
2	Concepto o certificado sanitario vigente	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta concepto sanitario
3	Certificado de inspección, vigilancia y seguridad humana – Bomberos	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta certificado de inspección vigilancia y seguridad expedido por Bomberos
4	Registro o certificación ICA, cuando aplique	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta certificado ICA
5	Otros documentos relacionados con la operación de la clínica	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	

5. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL

Tipo de vehículo:

☐ Furgón

☐ Unidad móvil veterinaria

☐ Remolque

☐ Otro: _____

Placa: IJK 475
Marca: TOYOTA
Línea: _PRADO
Modelo: 2015
Color: PLATA METALICO
Propietario registrado: CARLOS ALBERTO ARBELAEZ BARRERA
Proponente / titular del vínculo contractual: CARLOS ALBERTO ARBELAEZ BARRERA
Lugar donde se encuentra la unidad móvil al momento de la visita: AL MOMENTO DE LA VISITA LA UNIDAD MOVIL SE ENCUENTRA UBICADA EN EL PARQUEADERO UBICADO A UNA CUADRA DE LA CLINICA VETERINARIA DR. ARBELAEZ, BARRIO CATAY

6. VERIFICACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL VETERINARIA

Se procedió a realizar la inspección visual y física de la unidad móvil ofertada, con el propósito de verificar su existencia, identificación, disponibilidad y condiciones generales para la realización de jornadas masivas de esterilización canina y felina.

N.°	REQUISITO	VERIFICACIÓN REALIZADA	RESULTADO	OBSERVACIONES
1	Existencia de mínimo un (1) vehículo tipo furgón, unidad móvil veterinaria o remolque debidamente acondicionado.	Se evidencia unidad móvil empapelada con diseño de la clínica Dr. Arbelaez, con dos mesas de acero hidráulicas o una estática, se anexa material fotográfico	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐NO VERIFICABLE	
2	La unidad móvil se encuentra físicamente en el municipio de Popayán al momento de la visita.	Se evidencia unidad móvil ubicada en el Municipio de Popayan, en el barrio Catay, se anexa material fotográfico	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐NO VERIFICABLE	
3	La unidad móvil presenta condiciones generales adecuadas para la realización de jornadas de esterilización.	Se evidencia unidad móvil totalmente equipada y en condiciones optimas Se anexa material fotográfico	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐NO VERIFICABLE	
4	Condiciones para traslado de equipos médicos e instrumental quirúrgico.	se evidencia que la clínica cuenta con autoclave a vapor siguiendo con los parámetros establecidos para el equipo y las características del material utilizado a diario para desinfección del instrumental quirúrgico y cuenta con amonio cuaternario herbalvet.	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	El contratista se compromete a realizar la limpieza del instrumental durante la ejecución de cada jornada.
5	Condiciones para el traslado y manejo de insumos veterinarios.	Se evidencian contenedores adecuados limpios, cerrados y resistentes y de fácil limpieza y desinfección, separados de elementos contaminados residuos biológicos, instrumental utilizado u otros	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	

		materiales que puedan generar contaminación cruzada		
6	Condiciones de asepsia, manejo sanitario y bioseguridad observables en la unidad.	Se evidencia adecuado manejo de residuos peligrosos, elementos de bioseguridad, plan de manejo de residuos, adecuada asepsia y elementos en la unidad	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	
7	Condiciones adecuadas para el traslado de animales intervenidos.	Se evidencias jaulas grandes, caniles, collares bozales y elementos adecuados para el traslado de animales se agrega material fotográfico	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	
8	Unidad móvil disponible y operativa para la ejecución del contrato.	Se evidencia unidad móvil disponible para la ejecución, se agrega material fotográfico s	☒ CUMPLE ☐ NO CUMPLE ☐ NO VERIFICABLE	

OBSERVACIONES SOBRE LA UNIDAD MÓVIL

7. VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DEL VEHÍCULO

N.°	DOCUMENTO / REQUISITO	PRESENTADO	VIGENTE / VERIFICADO	OBSERVACIONES
1	Tarjeta de propiedad del vehículo	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se evidencia tarjeta de propiedad original y se entrega copia
2	Documento que acredite propiedad o vínculo contractual de arrendamiento, cuando corresponda	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta tarjeta de propiedad que acredita la tenencia
3	Verificación de antigüedad del vehículo – máximo quince (15) años desde la matrícula	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta licencia de tránsito que evidencia modelo del vehículo de 2015
4	Licencia de tránsito vigente	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta licencia de tránsito No 10030265095
5	SOAT vigente	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta póliza de seguro de daños corporales causados las personas en accidentes de tránsito del 29 de agosto del 2026 hasta el 28 de agosto de 2027

6	Certificado de revisión técnico-mecánica y de emisiones contaminantes, cuando aplique	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes No 190137843 con fecha de expedición 15/06/2026 con fecha de vencimiento 15/06/2027 del vehículo IJK475 Toyota
7	Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	☒ Sí ☐ No	☒ Sí ☐ No	Se aporta póliza No 023263973 desde 05/06/2026 hasta 04/06/2026 expedida por seguros capital limitada ALLIANZ Con asegurado principal Carlos Alberto Arbelaez barrera
8	Soportes adicionales relacionados con la disponibilidad y operación de la unidad móvil	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	

8. CONDICIONES GENERALES OBSERVADAS EN LA UNIDAD MÓVIL

Durante la inspección se verificaron las siguientes condiciones:

ASPECTO	OBSERVACIÓN
Estado general exterior	Se evidencia buen estado exterior de la unidad
Estado general interior	Se evidencia estado adecuado, limpio con asepsia y condiciones generales adecuadas
Área destinada a procedimientos	Área higiénico sanitaria apta en general buenas condiciones
Condiciones de limpieza y asepsia observables	Condiciones adecuadas
Espacio para instrumental y equipos	Cuenta con compartimientos adecuados para el manejo y desinfección del instrumental
Espacio para insumos veterinarios	Cuenta con compartimientos adecuados para guardar y manejo de insumos s
Condiciones para manejo de animales	Se evidencia correcto manejo de animales tanto en la clínica como en la unidad
Instalaciones eléctricas / fuentes de energía	Se evidencia instalaciones eléctricas y fuentes de energía aptas y sin daños
Iluminación y ventilación	Se evidencia condiciones adecuadas en iluminación y ventilación tanto en clínica como en la unidad
Otros aspectos relevantes	

9. EVIDENCIA DE LA VISITA

Como soporte de la diligencia realizada se deja constancia de la toma y/o incorporación de las siguientes evidencias:

☒ Registro fotográfico de la clínica veterinaria.
☒ Registro fotográfico de las áreas e infraestructura verificadas.
☒ Registro fotográfico de la unidad móvil.
☐ Registro fotográfico de placa y características de identificación del vehículo.
☒ Registro de los equipos y elementos observados.
☒ Copia o revisión de los documentos presentados durante la visita.
☐ Otros: _____

Observaciones sobre las evidencias:

_____
_____
_____

10. RESULTADO DE LA VISITA DE VERIFICACIÓN

Con fundamento en el recorrido realizado, la inspección de las instalaciones, la verificación de la unidad móvil y la revisión de los documentos y soportes presentados durante la diligencia, se establece el siguiente resultado:

RESULTADO	MARCAR
Se verifican las condiciones observadas y acreditadas correspondientes a la clínica veterinaria y/o unidad móvil.	☒
Se identifican requisitos o condiciones que no se acreditan o que requieren aclaración, según las observaciones consignadas en la presente acta.	☐
Se presentan aspectos que no fueron susceptibles de verificación durante la visita y que deberán ser acreditados mediante los soportes correspondientes.	☐

RESULTADO ESPECÍFICO – CLÍNICA VETERINARIA

☒ Cumple las condiciones verificables durante la visita.
☐ No cumple alguna(s) de las condiciones verificadas.
☐ Se requiere verificar o complementar información documental.

Observaciones:

_____
_____

RESULTADO ESPECÍFICO – UNIDAD MÓVIL

☒ Cumple las condiciones verificables durante la visita.
☐ No cumple alguna(s) de las condiciones verificadas.
☐ Se requiere verificar o complementar información documental.

Observaciones:

_____
_____
_____

11. OBSERVACIONES GENERALES

_____
_____
_____
_____
_____

Se deja constancia de que la presente acta registra las condiciones **efectivamente observadas y verificadas durante la visita**, sin perjuicio de la valoración documental y jurídica que corresponda dentro del proceso contractual.
Los requisitos que por su naturaleza requieren acreditación mediante documentos deberán encontrarse respaldados por los soportes exigidos en los documentos del proceso.

12. COMPROMISOS

N.°	COMPROMISO / ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1			
2			
3			
4			

En caso de no establecerse compromisos:
No se establecen compromisos adicionales derivados de la visita.

CIERRE

Una vez agotados los puntos relacionados con la visita de verificación de la capacidad técnica, condiciones de la clínica veterinaria y unidad móvil ofertadas para el Lote 1 – Servicios de Esterilización, se da por terminada la diligencia.

Se deja constancia de que la información consignada en la presente acta corresponde a las condiciones observadas, documentos revisados y verificaciones efectuadas durante la visita.
El formato o matriz de verificación de requisitos técnicos diligenciado y el registro fotográfico correspondiente harán parte integral de la documentación soporte de la visita.

Para constancia, se firma en Popayán, a los 25 días del mes de Septiembre de 2026, por quienes participaron en la diligencia

FIRMAS

Dr. Carlos Alberto Arbeláez B.
Médico veterinario
M.P. NO. 14501
CARLOS A ARBELAEZ B.

Representante Legal-Clínica Dr. Arbelaez
C.C. 76327215

Personal que realiza la visita:

NOMBRE	NRO, IDENTIFICACIÓN	CARGO / CALIDAD	ENTIDAD / EMPRESA	FIRMA
Nathalia Muñoz	1061771824	Profesional Universitario	Sec. Salud	Nathalia Muñoz
Juan David Rodriguez	1061702004	TOGLSSM	Sec Salud	

Jose Manuel Ruiz J	1061745031	Contratista	SSM	
Julian Orozco H	1061707191	Contratista	SSM	

ANEXOS:

1. Registro fotográfico de la clínica veterinaria.
2. Registro fotográfico de la unidad móvil.
3. Documentos y soportes revisados durante la visita, cuando corresponda. (

Copia: N/A

Proyectó: Julian David Orozco Hoyos-Contratista-SSM
Revisó: Nathalie Muñoz Torres-Funcionaria-SSM
Anexo: Registro fotográfico.
Copia: N/A

CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 25/09/2026 - 09:34:15
Recibo No. S001227815, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN vNfC6VeKTK

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/28 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

EL PRIMER JUEVES HABIL DE DICIEMBRE DE ESTE AÑO SE ELEGIRA JUNTA DIRECTIVA Y REVISOR FISCAL DE LA CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA.

LA INSCRIPCION DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE, ESTO ES, DESDE EL 16 DE OCTUBRE Y HASTA EL 3 DE NOVIEMBRE DE 2026 - OFICIO 2026-01-132881 DEL 25 DE MARZO DE 2026 SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES.

PARA INFORMACION DETALLADA PODRA COMUNICARSE AL TELEFONO (+57) 602-8243625 EXTENSIONES 114 Y 115 O DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL, A LAS SEDES AUTORIZADAS PARA ESTE EFECTO, O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CCCAUCA.ORG.CO.

****

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Nombres y apellidos : CARLOS ALBERTO ARBELAEZ BARRERA
Identificación : CC. - 76327215
Nit : 76327215-8
Domicilio: Popayán, Cauca

MATRÍCULA

Matrícula No: 117503
Fecha de matrícula: 25 de octubre de 2010
Ultimo año renovado: 2026
Fecha de renovación: 06 de abril de 2026
Grupo NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal : CARRERA 11 NRO. 18 N 25
Barrio : ANTONIO NARINO
Municipio : Popayán, Cauca
Correo electrónico : kptoarbelaezb@hotmail.com
Teléfono comercial 1 : 3185367718
Teléfono comercial 2 : No reportó.
Teléfono comercial 3 : No reportó.

Dirección para notificación judicial : CARRERA 11 NRO. 18 N 25
Barrio : ANTONIO NARINO
Municipio : Popayán, Cauca
Correo electrónico de notificación : kptoarbelaezb@hotmail.com

La persona natural **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código

de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: M7500
Actividad secundaria Código CIIU: G4620
Otras actividades Código CIIU: G4645 G4653

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES- : Actividades veterinarias, agrarias y agropecuarias en general, incluyendo servicios de atención clínica y preventiva animal, esterilizaciones, vacunación, desparasitación, jornadas sanitarias, asistencia técnica rural y acompañamiento productivo. Comercialización, venta y suministro de insumos veterinarios, agrícolas y pecuarios; semillas, plántulas, material vegetal, herramientas y maquinaria agropecuaria. Distribución de alimentos, concentrados y suplementos para animales; fertilizantes, nutrientes, bioinsumos y medicamentos veterinarios. Suministro de mobiliario clínico veterinario, equipos agropecuarios, elementos de ferretería, implementos de campo, accesorios pecuarios y demás productos relacionados con el sector rural y sanitario animal.

INFORMACION FINANCIERA

El comerciante matriculado reportó la siguiente información financiera, la cual corresponde a la última información reportada en la matrícula mercantil, así:

Estado de la situación financiera:
Activo corriente: $885.897.314,00
Activo no corriente: $385.800.000,00
Activo total: $1.271.697.314,00
Pasivo corriente: $66.001.042,00
Pasivo no corriente: $367.541.000,00
Pasivo total: $433.542.042,00
Patrimonio neto. $838.155.272,00
Pasivo más patrimonio: $1.271.697.314,00

Estado de resultados:
Ingresos actividad ordinaria: $1.000.637.000,00
Otros ingresos: $0,00
Costo de ventas: $400.254.800,00
Gastos operacionales: $170.108.290,00
Otros gastos: $50.031.850,00
Gastos por impuestos: $0,00
Utilidad operacional: $380 242.060,00
Resultado del periodo: $330 210.210,00

CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 25/09/2026 - 09:34:15
Recibo No. S001227815, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN vNfC6VeKTK

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/28 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA, los sábados **NO** son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona natural, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: CLINICA VETERINARIA DR. ARBELAEZ
Matrícula No.: 117504
Fecha de Matrícula: 25 de octubre de 2010
Último año renovado: 2026
Categoría: Establecimiento de Comercio
Dirección : CARRERA 11 NRO. 18N - 25
Barrio : ANTONIO NARINO
Municipio: Popayán, Cauca
** Ordenes de autoridades competentes: Por Oficio No. 2513 del 18 de junio de 2019 del Juzgado 4 De PequeÑas Causas Y Competencia Multiple Distrito de Popayán, inscrito en esta Cámara de Comercio el 20 de junio de 2019, con el No. 7265 del Libro VIII, se decretó INSCRIPCION DE DEMANDA DENTRO DEL PROCESO VERBAL SUMARIO. DTE: CARLOS ALBERTO ARBELAEZ. DDO: EDWIN LOPEZ DURAN - KARIM JULIETH CASTRO.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCION DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA NATURAL TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO

CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 25/09/2026 - 09:34:15
Recibo No. S001227815, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN vNfC6VeKTK

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a https://siifront.confecamaras.co/cv/28 y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $1.000.637.000,00
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : M7500.

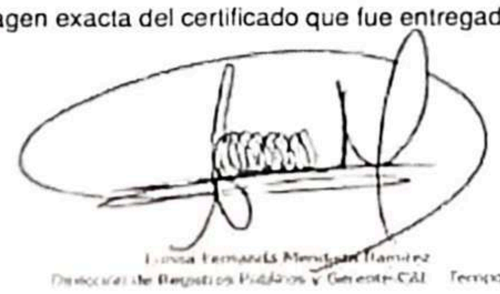
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la persona natural, a la fecha y hora de su expedición.

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DEL CAUCA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.



*** FINAL DEL CERTIFICADO ***

	ALCALDÍA DE POPAYÁN	F-GS-D-06-24
	ACTA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO ESTABLECIMIENTOS QUE OFERTAN SERVICIOS ASISTENCIALES MÉDICO VETERINARIOS	Versión 03
		Página 1 de 4

CIUDAD/MUNICIPIO: Popayán | FECHA: 21/04/2026 | ACTA N°: 20261600233251

ACTA PGIRASA ANEXA N°: 20261600233091

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

Consultorio veterinario		Clínica veterinaria	X	Hospital veterinario		Hogar de paso - Fauna silvestre		Centro Atención Valoración y		Centro Atención y Valoración - Fauna	
Zoológicos		Centros de zoonosis		Centro de Bienestar		Otro			

IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO

*RAZON SOCIAL: Carlos Alberto Albelaez Barrera.

*CÉDULA / NIT: 76 327 215 - 8 | NUMERO DE INSCRIPCIÓN: —

*NOMBRE COMERCIAL: Clinica Veterinaria Dr. Albelaez | SEDE: —

*DIRECCIÓN: Cra 11 # 18N-25 | MATRICULA MERCANTIL: SI X NO ☐ N°: 117503.

*DEPARTAMENTO: Cauca | *MUNICIPIO: Popayan

Barrio: X | Vereda: — | Comuna: 1 | Localidad: —

Sector: — | UPZ: — | Centro poblado no municipalizado: —

Otro ☐ Cuál: Antonio Nariño.

TELÉFONOS: 3185367718 | CORREO ELECTRONICO: kptoalbelaez6@hotmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Carlos Alberto Albelaez Barrera.

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. ☐ | NIT ☐ | PEP ☐ | PS ☐ | PTP ☐ | *Número do documento: 76 327 215

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Carlos Alberto Albelaez Barrera

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ | C.E. ☐ | NIT X | PEP ☐ | PS ☐ | PTP ☐ | *Número de documento: 76 327 215 - 8

CORREO ELECTRÓNICO: kptoalbelaez6@hotmail.com

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Cra 11 # 18N - 25.

EL REPRESENTANTE DEL ESTABLECIMIENTO AUTORIZA LA NOTIFICACION ELECTRONICA: SI X NO ☐

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: kptoalbelaez6@hotmail.com

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: L-J 8:00am - 6:00 pm | N° DE TRABAJADORES: 7

N° DE EMPLEADOS AFILIADOS RIESGOS PROFESIONALES: 7 | N° DE EMPLEADOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: 7

CÓDIGO CIIU: M7500 | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD: Actividades veterinarias.

NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECMIENTO	TARJETA PROFESIONAL
Carlos Alberto Albelaez	14501.
Stefany Martinez	44570
Lcda. Isabel Astudillo	49216

NOMBRE DE LOS PROFESIONALES A CARGO DEL ESTABLECMIENTO	TARJETA PROFESIONAL

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	04/06/2025	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE X	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	100 %
N°ACTA DE ULTIMA VISITA	20251600234191		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:			

NUMERO Y FECHA DE RADICADO EN CASO DE QUE EL MOTIVO DE LA VISITA SEA SOLICITUD DE INTERESADO O ASOCIADO PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS: 20261150223117

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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 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 Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

1. REVISIÓN DOCUMENTAL Y DE SERVICIOS VETERINARIOS OFERTADOS (Marque con una X)

	1.1 DOCUMENTOS	DOCUMENTADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1.1.1	Documento de Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo (en caso de no contar, notificar autoridad competente)	X		de evidencia en digital
1.1.2	Plan de capacitación prácticas higiénicas, bioseguridad, uso de EPP (Art 2.8.5.2.17 Decreto 780 de 2016)	X		de evidencia en digital
1.1.3	Fichas de Datos de Seguridad - FDS de las sustancias químicas utilizadas, almacenadas (Art 102 de la Ley 9 de 1979) (Art 8 ley 55 de 1993)	X		de evidencia en digital
1.1.4	Contrato con gestor de residuos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental), Manifiesto de recolección de residuos por gestor y actas de tratamiento y disposición final	X		Asehi
1.1.5	Permiso de vertimientos (en caso de no contar notificar a autoridad ambiental)		X	N/A
1.1.6	Soportes de vacunación del personal que labora en el establecimiento contra la hepatitis B, tétanos, rabia (Art 2.8.5.2.17 Decreto 780 de 2016)	X		de evidencian soportes
1.1.7	Si se requiere de medidas de control, la empresa contratada para ejecutar el programa de manejo integrado de plagas cuenta con concepto sanitario favorable expedido por la autoridad sanitaria del área de jurisdicción.	X		Fumigaciones el Rey.
1.1.8	Soportes de registros de mantenimiento de cadena de frío, registros de temperatura (medicamentos y vacunas); Manual técnico administrativo para el manejo de biológicos de uso en perros y gatos	X		de evidencia soporte.

	1.2 SERVICIOS VETERINARIOS ASPECTO A VERIFICAR DEL EJERCICIO MEDICO VETERINARIO	CUMPLIMIENTO			HALLAZGOS Y OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1.2.1	Si ofrece servicio de vacunación y comercialización de biológicos, garantiza su conservación, ubicación y registros de temperatura, cumpliendo con los lineamientos nacionales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	X			
1.2.2	Los medicamentos de control especial cuentan con un área para el almacenamiento bajo seguridad, incluyendo las disposiciones legales establecidas (Art 36 Resolución 1478 de 2006)	X			
1.2.3	Acto administrativo de registro inscripción para manejo de medicamentos de control especial ante el Fondo Nacional de Estupefacientes (Art 11 y 17 Res 1478 de 2006)	X			
1.2.4	Soporte de registro de venta y suministro de medicamentos de control especial (Art. 46 Resolución 1478 de 2006)	X			
1.2.6	Soporte de registro de matrícula profesional ante el Consejo Profesional de Medicina Veterinaria y de Zootecnia (Art 62 y 64 Ley 576 de 2000)	X			
1.2.6	Cuenta con Unidad Móvil adscrita para el programa de esterilización de perros y gatos (Ley 2374 de 2024)	X			
1.2.7	Se observa que los servicios y atenciones prestados por el establecimiento cumplen con condiciones de protección y bienestar de los animales (Art. 3 ley 1774 de 2016) (Art. 31 Ley 2294 de 2023)	X			

I. CONDICIONES LOCATIVAS,SANITARIAS Y DE SEGURIDAD

2. CONDICIONES LOCATIVAS Y AREAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1	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)	(2)	1	0	2	
2.2	Las entradas principales a la edificación y a sus ambientes interiores son accesibles cuentan con fácil acceso (Art 40 Resolución 14861 de 1985)	(2)	1	0	2	
2.3	Las escaleras, rampas, son seguras, cuentan con pasamánanos y están revestidas de material antideslizantes y franja foto luminica. (Art.95 ley 9 de 1979) (Art 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)	2	1	0	2	
2.4	Los corredores internos cumplen con las disposiciones establecidas en el Art 46 Resolución 14861 de 1985.	(2)	1	0	2	
2.5	El establecimiento cuenta con una adecuada distribución de sus dependencias, con zonas específicas para los distintos usos y actividades, claramente separadas, delimitadas o demarcadas y, cuando la actividad así lo exija, tendrán espacios independientes para depósitos de materias primas, elaboración, procesos especiales, depósitos de productos terminados y demás secciones requeridas para una operación higiénica y segura (área quirúrgica, peluquería, zonas de lavado, hospitalizaciones, consultorio, recuperación, preanestesia). (Art. 91 Ley 9 de 1979).	(4)		0	4	CR
2.6	En el establecimiento las paredes y techos son sólidos de fácil limpieza, desinfección y resistentes a factores ambientales (Art 195 Ley 9 de 1979)	2	(1)	0	2	de evidencia fotografica en zona de peluqueria
2.7	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 92, 193 y 194 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0	3	
2.8	Si ofrece servicios de peluquería y/o estética animal dispone de áreas separadas para el desarrollo de esta actividad (Art 91 y 92 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
2.9	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, incluyendo plantas eléctricas (Art 117 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
2.10	La ventilación natural y/o artificial, es permanente y suficiente, con el objeto de evitar la acumulación de olores, condensación de vapores y elevación excesiva de la temperatura. (Art 109 y 196 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
2.11	La iluminación natural y artificial es suficiente y adecuada en cantidad para su uso (Art 198 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	24				La calificación del bloque corresponde al ___25___ % del total del acta

3. CONDICIONES ESPECIFICAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
3.1	Certificados de vacunación cumpliendo con Directrices del Ministerio de Salud y Protección Social. (Art. 2.8.5.2.56 Decreto 780)	(2)	1	0	2	
3.2	Registro de animales diagnosticados y/o sacrificados con zoonosis y reporte a las autoridades sanitarias (Art 2.8.5.2.3 Decreto 780 de 2016) (Art 18 Ley 576 de 2000)	(2)	1	0	2	
3.3	Registros de vacunación y reportes de la actividad ante la ETS de acuerdo con lo descrito (Art 2.8.5.2.41 y 2.8.5.2.3 Decreto 780 de 2016) (Art 18 Ley 576 de 2000)	(2)	1	0	2	
3.4	Si cuenta con área para el alojamiento de los animales, estas cumplen con las condiciones higiénico sanitarias de acuerdo al servicio prestado (Art. 91 Ley 9 de 1979).	(2)	1	0	2	
3.5	Dispone de áreas de aislamiento en caso de tener pacientes con enfermedades infecciosas de tipo trasmisible incluyendo las de origen zoonótico. (Art 2.8.5.1.2 Decreto 780 de 2016)	(3)		0	3	CR
3.6	Registros de atención clínica a animales incluyendo los decesos. (Art 2.8.5.2.2 y 2.8.5.2.3 Decreto 780 de 2016) (Art 9 Ley 576 de 2000)	(2)	1	0	2	
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	13				La calificación del bloque corresponde al ___13___ % del total del acta

4. CONDICIONES SANITARIAS

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
4.1	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, incluyendo visitantes. (Art 188 Ley 9 de 1979) (Art 50 Resolución 14861 de 1985)	(4)		0	4	CR
4.2	El establecimiento se mantiene 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) (Art 11 Resolución 1229 de 2013)	(3)	1.5	0	3	
4.3	Dispone de cuartos independientes o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito y este se encuentra ordenado y en adecuadas condiciones de higiene y limpieza (Art. 91 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0	3	
4.4	Los elementos y productos químicos utilizados para la limpieza y desinfección se encuentran debidamente rotulados y almacenados. (Art 6, 7, 8 Ley 55 de 1993) (Art 7 Resolución 773 de 2021)	(3)	1.5	0	3	
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	13				La calificación del bloque corresponde al __13____% del total del acta

5. CONDICIONES DE SANEAMIENTO

	5.1 ABASTECIMIENTO DE AGUA	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
5.1.1	El establecimiento se encuentra conectado a la red del sistema de acueducto u otro sistema alternativos (Art 165 ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
5.1.2	El establecimiento cuenta con suministro y acceso a agua potable (Art 165 Ley 9 de 1979)	(4)		0	4	CR
5.1.3	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) (Art. 175 y 176 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
5.1.4	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 2006)	(3)	1.5	0	3	
5.1.5	El establecimiento realiza semestralmente el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, (revisar soportes). (Art 10 Decreto 1575 de 2005)	(2)	1	0	2	
	5.2 MANEJO Y DISPOSICIÓN DE VERTIMIENTOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
5.2.1	Las aguas residuales generadas por el establecimiento son conectadas al sistema alcantarillado u otros sistemas alternativos. (Art 10 y 38 Ley 9 de 1979)	(3)	1.5	0	3	
5.2.2	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 (Art 177 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
	5.3 MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
5.3.1	Cuenta con Plan de Gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades (Título X Decreto 780 de 2016, Resolución 1164 de 2002, hasta que el periodo de transición termine y entre en rigor la 591 de 2024).Criterios a verificar en el acta GIRASA.	(10)	5	0	10	
	5.4 MANEJO INTEGRADO DE PLAGAS	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
5.4.1	Existe y esta implementado y documentado un programa de manejo integrado de plagas (Art 201 y 503 Ley 09 de 1979)	(3)	1.5	0	3	
5.4.2	En el establecimiento no se evidencia la presencia de plagas o daños ocasionados por éstas y se establecen medidas preventivas para el control y propagación (Art 168 Ley 09 de 1979)	(5)		0	5	CR
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	36				La calificación del bloque corresponde al _36_____% del total del acta

6. CONDICIONES DE SEGURIDAD - GESTION DEL RIESGO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
6.1	Se encuentran claramente señalizadas las diferentes áreas y secciones en cuanto a acceso y circulación de personas, servicios, seguridad, salidas de emergencia, etc.(Art 52 Resolución 14861 de 1985) (Art 206 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
6.2	Existe botiquín de primeros auxilios.(Art 127 Ley 9 de 1979)	(2)	1	0	2	
6.3	La institución cuenta con extintores o gabinetes contra incendios cargados y debidamente señalizados en perfecto estado de funcionamiento.(Art 205 Ley 9 de 1979) (Art 52 y 54 Resolución 14861 de 1985)	(2)	1	0	2	
6.4	El personal operativo cuenta con los elementos y equipos de protección personal requeridos para el desarrollo de las actividades (Artículo 2.8.5.2.17 Decreto 780 de 2016)	(2)	1	0	2	
6.5	Existe plan de gestión del riesgo de desastres documentado e implementado (Artículo 2.3.1.5.2.1 Decreto 2157 de 2017)	(2)	1	0	2	
6.6	Licencia equipo de rayos x (en caso de contar con equipo para DX)	3		0	(3)	N/A CR
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	13				La calificación del bloque corresponde al _13_____% del total del acta

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir.		NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
99 %	FAVORABLE	X	95%-100%	X
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		50%-94%	
	DESFAVORABLE		< 49,0%	

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como "crítico", independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE, representación de riesgo inminente a la salud pública con aplicación de medida sanitaria (DS-AMS) y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTE.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS DE AGUA TOMADAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS (Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.)

de evidencian hallazgos en item: 26

V. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

El establecimiento queda bajo supervisión de la autoridad sanitaria Secretaria de Salud Municipal con un concepto sanitario de 1 99 favorable.

Por parte de Establecimiento:

VI. INFORMACIÓN DE TIPO MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD/PREVENTIVA SI__ NO X

- [ ] Clausura temporal total
- [ ] Clausura temporal parcial
- [ ] Suspensión parcial de trabajos o servicios
- [ ] Suspensión total de trabajos o servicios
- [ ] *Aislamiento o internación de personas para evitar la transmisión de enfermedades*
- [ ] Decomiso
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Congelación
- [ ] Captura y observación de animales sospechosos de enfermedades transmisibles
- [ ] Vacunación personas o animales
- [ ] Destrucción o desnaturalización
- [ ] Control de insectos u otra fauna nociva o transmisora de enfermedades
- [ ] Desocupación o desalojamiento de establecimientos o vivienda

N° DEL ACTA DE LA MEDIDA SANITARIA

VII. PLAZO CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS

DÍAS HABILES PLAZO	365 días
FECHA INICIO PLAZO	21/04/2026
FECHA LIMITE DE PLAZO	21/04/2027

VIII. 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 04 del año 2026 en la Ciudad de Cepitá

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: J.M.C.	FIRMA:
NOMBRE: JUAN MANUEL CORREA ASTUDILLO.	NOMBRE: Hernan Jaramillo Gonzalez
CÉDULA: 1061751548	CÉDULA: 1.061.732.741
CARGO: CONTRATISTA	CARGO: Contratista
INSTITUCIÓN: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL.	INSTITUCIÓN: Secretaria de Salud municipal.
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Carlos Alberto Arbeláez B.	NOMBRE:
CÉDULA: 76327215	CÉDULA:
CARGO: Propietario	CARGO:
INSTITUCIÓN: Clínica Veterinaria Dr. Arbeláez	INSTITUCIÓN:

	ALCALDÍA DE POPAYÁN	F-GS-D-06-74
	ACTA ANEXA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO PARA LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES (GIRASA) - PEQUEÑO Y MICRO GENERADOR SIN TRATAMIENTO	Versión 01
		Pagina 1 de 3

TIPO DE ACTIVIDADES O SERVICIOS PRESTADOS

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: SSM.

CIUDAD: Popayán FECHA: 21/04/2026 ACTA N°: 20261600233041

N.° Acta establecimiento vigilado: 20261600233251

TIPO DE ACTIVIDADES O SERVICIOS PRESTADOS

Servicios de atención en salud		Bancos de sangre, tejidos y semen		Centros de docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres.		Bioterios y laboratorios de biotecnología	
Servicio de Tanatopraxia		Servicio de Morgues		Servicio de Lavado de ropa hospitalaria o esterilización de material quirúrgico		Establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas.	
Servicio de Necropsias		Servicio de Exhumaciones		Servicios de estética y cosmetología ornamental		Centros en los que se presten servicios de piercing, pigmentación o tatuajes.	
Servicios veterinarios	X	Farmacias/Droguerías o Droguerías					

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Carlos Alberto Arbelaez Barrera

* BRE COMERCIAL: Clinica Veterinaria Dr Arbelaez.

TIPO DE GENERADOR: PEQUEÑO GENERADOR [X] MICRO GENERADOR [ ] Valor de la media Móvil de los últimos 6 meses: 90 Kg

TRATAMIENTO EXTERNO: SI [X] NO [ ]

Tipo de tratamiento realizado a los residuos: Químico [ ] Térmico con combustión [X] Térmico sin combustión [ ] Otros: Cual: _____

NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS DE RIESGO BIOLÓGICO: ASERHI

NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS CON OTRAS CARACTERISTICAS DE PELIGROSIDAD: ASERHI

NOMBRE DEL GESTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS RADIOACTIVOS: N/A

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	4/06/2025	TIPO DE CONCEPTO SANITARIO DE LA ULTIMA VISITA	FAVORABLE		% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN: 98%
N°ACTA DE ULTIMA VISITA	20251600284061		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS		
			DESFAVORABLE		

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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 a evaluar
Critica (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 Nota (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)

REVISIÓN DOCUMENTAL

DOCUMENTOS	DOCUMENTADO SI	DOCUMENTADO NO	DOCUMENTADO NO APLICA	OBSERVACIONES
Comprobantes de recolección, certificados de recolección, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos y RAEE, por gestores autorizados. Custodia mínima: 5 años. (Res. 591/2024; D.1076/2015).	X			ASERHI Tramite de Reporte.
Soporte de inscripción, diligenciamiento y actualización del Registro Único Ambiental – RUA ante la autoridad ambiental (en caso de no contar, notificar a la autoridad ambiental de la jurisdicción) (Res. 0039/2023, art. 10, 15 y 24).	X			
Si gestiona residuos radiactivos deberá contar con Autorización del Ministerio de Minas y Energía (MME) para residuos radiactivos o notificación correspondiente. (D.1076/2015; Res.180005/2010).			X	N/A
Certificados de vacunación del personal manipulador de residuos. (Res.2346/2007, D.1072/2015).	X			
Hoja de datos de seguridad de residuos peligrosos generados. (Res.773/2021; D.1076/2015).	X			
Presentación Plan anual PG-SST con evidencia de manejo interno seguro de residuos. (D.1072/2015; Res.312/2019).	X			

I. PARAMETROS A VERIFICAR

COMPONENTE DE GESTION INTERNA DE REGIDUOS GENERADOS EN LA ATENCION EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES

1.ETAPA DE PLANEACION

1.1 SUSCRIPCION DEL COMPROMISO INSTITUCIONAL

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1.1	El establecimiento cuenta con un documento de compromiso institucional, firmado por el representante legal o propietario, para cumplir el PGIRASA. (Res.591/2024, numeral 1.1.1).	(5)	2,5	0	5	Se Evidencia Documento.

CALIFICACIÓN DEL BLOQUE: 5

1.2 CONFORMACION DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTION AMBIENTAL Y SANITARIA (GAGAS)

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.2.1	El establecimiento dispone de un responsable o equipo de gestión ambiental y sanitaria encargado de liderar, ejecutar, evaluar y aplicar acciones correctivas para asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente a través del PGIRASA. *(Res.591 de 2024, num. 4.1.1.2)*	5	2,5	0	5	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					5	La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta

1.3 ELABORACION DEL COMPONENTE DE GESTION INTERNA

2. DIAGNOSTICO

2.1 DESCRIPCION GENERAL DE LA ACTIVIDAD Y SERVICIOS PRESTADOS / DIAGNOSTICO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1.1	El generador tiene PGIRASA formulado, actualizado y disponible ante autoridades. (D 780/2016, art.2.8.10.6; Res.591/2024)	0	4	0	0	
2.1.2	El generador cuenta con PGIRASA con descripción de actividades que generan residuos. *(Res.591/2024, num.4.1.1.3.1.1)*	4	2	0	4	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					12	La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

2.2 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS O PROCESOS DE GENERACIÓN DE RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS / DIAGNOSTICO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.2.1	El generador tiene la identificación de áreas y procesos generadores, incluyendo extramurales cuando aplique. *(Res.591/2024, num.4.1.1.3.1.2; D.780/2016, art.2.8.10.6)*	4	2	0	4	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					4	La calificación del bloque corresponde al 4% del total del acta

2.3 IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS /DIAGNOSTICO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.3.1	El generador realiza la identificación, clasificación y cuantificación de residuos, incluidos RAEE. *(D 780/2016, art.2.8.10.5, Res.591/2024 núm. 4.1.1.3.1.3)*	2	1	0	2	
2.3.2	El generador cuenta con Formato de registro diario de residuos conforme al flujo interno. *(Res.591/2024, num.4.1.1.3.1.3)*	2	1	0	2	
2.3.3	El generador cuenta con Formato Consolidado Anual por tipo de residuos, diligenciado mensualmente. *(Res.591/2024, nums.4.1.1.3.1.3 y 5.1)*	2	1	0	2	Se Evidencian datos faltantes
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					5	La calificación del bloque corresponde al 6% del total del acta

2.4 ACTIVIDADES DE PREVENCION Y MINIMIZACION / DIAGNOSTICO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.4.1	El generador identifica y describe las actividades de prevención y minimización de residuos según sus condiciones particulares. *(Núm. 4.1.1.3.1.4 PGIRASA. Res. 591/2024)*	2	1	0	2	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					2	La calificación del bloque corresponde al 2% del total del acta

2.5 SEGREGACION EN LA FUENTE DE RESIDUOS / DIAGNOSTICO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.5.1	El generador cuenta con recipientes, bolsas y contenedores con ayudas visuales que cumplen las condiciones para la separación selectiva inicial. *(Art. 2.8.10.5 D.780/2016; Núm. 4.1.1.3.1.5, Anexo 5.3 Res.591/2024)*	5		0	5	CR
2.5.2	El generador realiza la separación de residuos no peligrosos conforme al código de colores y etiquetado establecido. *(Res.2184/2019; Num.4.1.1.3.1.5. Anexo 5.3 Res.591/2024)*	2	1	0	2	No se Evidencia los rotulos por cada uno de los recipientes
2.5.3	Cumple con las condiciones establecidas para la segregación de residuos biosanitarios. *(Num.4.1.1.3.1.5, Anexo II 5.3 GIRASA Res.591/2024)*	2	1	0	2	
2.5.4	Cumple con las condiciones para la segregación de residuos anatomopatológicos. *(Num.4.1.1.3.1.5, Anexo III 5.3 GIRASA Res.591/2024)*	2	1	0	2	
2.5.6	Cumple con las condiciones para la segregación de residuos cortopunzantes. *(Num.4.1.1.3.1.5, Anexo IV 5.3 GIRASA Res.591/2024)*	2	1	0	2	
2.5.7	Cumple con las condiciones para la segregación de residuos de animales con riesgo biológico o infeccioso. *(Num.4.1.1.3.1.5, Anexo V 5.3 GIRASA Res.591/2024)*	2	1	0	2	
2.5.8	Cumple con las condiciones para la segregación y manejo de residuos de áreas de aislamiento o con riesgo infeccioso. *(Num.4.1.1.3.1.5, Anexo VI 5.3 GIRASA Res.591/2024)*	2	1	0	2	
2.5.9	Cumple con las condiciones para la segregación y manejo de residuos generados en atención extramural. *(Num.4.1.1.3.1.5, Anexo VII 5.3 GIRASA Res.591/2024)*	2	1	0	2	
2.5.10	Cumple con las condiciones para la segregación de residuos peligrosos no biológicos, con otras caracteristicas de peligrosidad, según el Decreto 1076/2015. *(Num.4.1.1.3.1.5, Anexo VIII 5.3 PGIRASA Res.591/2024)*	2	1	0	2	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			20			La calificación del bloque corresponde al 21% del total del acta

2.6. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS /DIAGNOSTICO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.6.1	El generador cuenta con contenedores adecuados para el movimiento y recolección interna según tipo y cantidad de residuos *(Num.4.1.1.3.1.6 y Anexo 5.4-IV Res.591/2024)*	2	1	0	2	
2.6.2	El generador implementa un procedimiento para el movimiento interno de residuos con frecuencias, rutas y esquema del establecimiento. *(Num.4.1.1.3.1.6 y Anexo 5.4-IV Res.591/2024)*. El esquema debe indicar las áreas de generación, almacenamiento y rutas de movimiento interno por tipo de residuo; debe ser claro, legible y estar ubicado en sitios estratégicos, conforme al tipo y particularidad del generador. *(Frecuencia mínima Pequeño generador (10≤100 kg/mes) 10 < 45 - 1 vez/mes; 45< 100 1 vez/semana; Frecuencia mínima Micro generador (<10 kg/mes) 1 vez/mes)*	2	1	0	2	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE						La calificación del bloque corresponde al 4% del total del acta

2.7. ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS /DIAGNOSTICO

	ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.7.1	El generador debe contar con un área de almacenamiento central que, esté aislada de zonas críticas, disponga de equipo de pesaje, kit de derrames, sistema de refrigeración para residuos anatomopatológicos y de animales, y acceso directo a los vehículos de recolección externa. En inmuebles sometidos a propiedad horizontal, esta área debe ubicarse dentro del inmueble. (Lit. b, Núm. 4.1.1.3.1.7, Res. 591/2024)	5		0	5	CR
2.7.2	El generador cuenta con las condiciones adicionales para el almacenamiento central de residuos peligrosos, según su característica de riesgo (corrosivos, explosivos, reactivos, tóxicos o inflamables), los cuales deben mantenerse aislados del piso, debidamente señalizados y con matriz de compatibilidad visible. (Lit. c, Núm. 4.1.1.3.1.7, Res. 591/2025)	5		0	5	CR
2.7.3	Los pequeños y micro generadores no ubicados en propiedad horizontal cuentan con unidad de almacenamiento aislada, segura, con superficies lavables y contenedores etiquetados, acorde con la peligrosidad de los residuos. *(Lit. d), Núm., 4.1.1.3.1.7, Res. 591/2024)*	5	2,5	0	5	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			15			La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta

2.0. PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION / DIAGNOSTICO.						
2.0.1	El generador cuenta con un área destinada a limpieza y desinfección de contenedores, equipos y demás implementos utilizados para aseo y limpieza de las instalaciones *(Num.4.1.1.3.1.0 Res.591/2024)*	(5)		0	5	CR
2.0.2	El PGIRASA consigna los procedimientos de limpieza y desinfección por tipo de residuo, incluyendo actividades, frecuencias, insumos, agentes activos, EPP, formatos de control e identificación del personal responsable. *(Núm. 4.1.1.3.1.0, Res. 591/2024)*	(2)	1	0	2	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					7	La calificación del bloque corresponde al 7% del total del acta
3. PROGRAMA DE CAPACITACION Y SOCIALIZACION						
3.1	El generador cuenta con soportes de implementación, seguimiento a indicadores del programa de capacitación y socialización, ajustado a sus condiciones particulares. *(Núm., 4.1.1.3.2, Res. 591/2024)*	(1)	2	0	4	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					4	La calificación del bloque corresponde al 4% del total del acta
4. PLAN DE CONTIGENCIA						
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
4.1	El generador cuenta con plan de contingencias con registros, simulacros y seguimiento de eventos asociados a residuos. *(Num.4.1.1.3.3 Res.591/2024)*	(4)	2	0	4	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					4	La calificación del bloque corresponde al 4% del total del acta
5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PGIRASA						
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
5.1	El generador cuenta con el cronograma anual del PGIRASA con actividades, responsables, plazos e indicadores. *(Num.4.1.1.3.5 Res.591/2024)*	(2)	1	0	2	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					2	La calificación del bloque corresponde al 2 % del total del acta
6. SEGUIMIENTO						
	ASPECTO A VERIFICAR	**C**	**CP**	**NC**	**NA**	**HALLAZGOS**
6.1	El establecimiento cuenta con informe anual de seguimiento a la gestión interna con resultados, acciones correctivas y mejoras continuas. *(Res.591/2024, num.4.1.3.2, Anexo 5.6)*	(4)	2	0	4	
	El establecimiento presentó el informe anual de seguimiento a la Secretaría de Salud competente. (Res.591/2024, num.4.1.3.2)	(5)	2,5	0	5	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					9	La calificación del bloque corresponde al 9% del total del acta

II. CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN PGIRASA

% DE IMPLEMENTACIÓN	Seleccione con una equis (X)	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
98,0 %	CUMPLE X	95%-100%
	CUMPLE PARCIAL	50%-94%
	NO CUMPLE	< 49,9%

REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Hallazgo en los Item. 2.3.3 - 2.5.2.

OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Concepto Favorable 98%

Por parte del Generador:

VIII. 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 04 del año 2026 en la Ciudad/Municipio de Popayan

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 LA AUTORIDAD SANITARIA			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Heiron Jaramillo Gonzalez	NOMBRE:	Juan Manuel Cauca Ajiduña.
CÉDULA:	1.061.732.791	CEDULA:	1061751546
CARGO:	Contratista	CARGO:	Contratista
INSTITUCIÓN:	SSM.	INSTITUCIÓN:	J. J. M.
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO			
FIRMA:		FIRMA:	
NOMBRE:	Carlos Alberto Arbelaez B	NOMBRE:	
CÉDULA:	76327215	CEDULA:	
CARGO:	Propietario	CARGO:	
INSTITUCIÓN:	Clinica Veterinaria Dr. Arbelaez	INSTITUCIÓN:	

CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE POPAYAN

Nit 891.500.227-3

CERTIFICADO DE SEGURIDAD HUMANA Y PROTECCION CONTRA INCENDIOS

Inspección ocular N. 202512028423

Consecutivo N. 4637 - 2025

Razón social: **CLINICA VETERINARIA DR. ARBELAEZ**
Nit: **76327215**
Propietario: **CARLOS ALBERTO ARBELAEZ**
Dirección: **Carrera 11 # 18 N - 25**
Teléfono: **310 7025940**
Área: **0 mt2 Aforo: 0 personas**

De acuerdo a la visita realizada por los inspectores de seguridad del **CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE POPAYAN**, se da el concepto técnico favorable por cumplir con las normas mínimas de seguridad humana y sistemas contra incendio, de acuerdo con la Ley 1575 artículos 42 y 43.

Se pudo constatar que el establecimiento inspeccionado cumple con las normas de seguridad vigentes en lo referente a la prevención de incendios y seguridad humana.

Este certificado es válido por un año a partir de la fecha de su expedición y perderá su validez en el momento que incumplan las condiciones de seguridad exigidas en la legislación vigente o se modifique su destinación, su uso o su estructura física interna o externamente, por lo tanto, El **CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE POPAYAN**, queda exenta de toda responsabilidad civil y penal.

Inspección realizada el 2 de diciembre de 2025 Válido hasta el 1 de diciembre de 2026

Atentamente,

Inés Alexandra Pino Gamboa.

TE. INÉS ALEXANDRA PINO GAMBOA [18]
Representante Legal
C. B. V. de POPAYAN

Elaborado por: MARIA ALEJANDRA DIAZ VELASCO
Fecha de Impresión: 05-12-2025
Este documento no debe presentar tachones ni enmendaduras.
Favor solicitar su inspección 30 días antes del vencimiento del presente documento

Calle 4 # 10A - 80 Barrio MODELO, Popayán
Teléfono 3103748945 - 3142061128
areactecnica@bomberospopayan.org
Departamento de prevención y capacitación

ICA
Instituto Colombiano Agropecuario

CLINICA VETERINARIA DR ARBELAEZ

N.I.T. 76327215-8
Número de registro CM0028422024
Dirección: Carrera 8 # 16 AN 30, Popayán, Cauca

Expedido el 23 de Octubre de 2024 con vigencia indefinida

SE OTORGA EL REGISTRO COMO COMERCIALIZADOR:
Insumos agropecuarios y/o semillas para siembra:

- Insumos Pecuarios

AL ESTABLECIMIENTO DENOMINADO:
Clínica Veterinaria Dr Arbelaez 1

LOCALIZADO EN:
Carrera 11 # 18 N 25, Popayán, Cauca

REPRESENTADO LEGALMENTE POR:
CARLOS ALBERTO ARBELAEZ BARRERA
Cédula de ciudadanía 76327215

DATOS DE CONTACTO:
LORENA ZAMORANO

El titular de este registro está obligado a cumplir los requisitos de la Resolución ICA No. 090832 del 26 de enero de 2021

INSTITUTO COLOMBIANO AGROPECUARIO

Código de verificación: S2-MZ1P8RD33B38V

Los datos contenidos en este registro podrán ser verificados a través de la página web del ICA con el código S2-MZ1P8RD33B38V, este registro carece de validez si los datos verificados a través de la página web no coinciden con los aquí contenidos.

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10030265095

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
IJK475	TOYOTA	PRADO	2015

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.982	PLATA METALICO	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMPERO	WAGON	DIESEL	7

NÚMERO DE MOTOR
1KD2493896

REG N

VIN
JTEBH3FJ5FK159141

NÚMERO DE SERIE
JTEBH3FJ5FK159141

REG N

NÚMERO DE CHASIS
JTEBH3FJ5FK159141

REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ARBELAEZ BARRERA CARLOS ALBERTO

IDENTIFICACIÓN
C.C. 76327215

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
170

DECLARACIÓN DE IMPORTACION
32015000370711

VE
I

FECHA IMPORT.
11/03/2015

PUERTAS
4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
03/08/2015

FECHA EXP. LIC. TTO.
18/10/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
SDM - BOGOTA D.C.



LT03006851537

Automóviles

Allianz

Póliza

de Automóviles Individual Livianos Particulares

www.allianz.co

Allianz

SEGUROS CAPITAL LIMITADA

NIT: 9012262432
CL 3N CR 8-15 - 15
POPAYAN
Tel. 8361029
Móvil 3006138157
E-mail: Juan.Quinones@allia2.com.co

Datos Generales

Tomador del Seguro:	ARBELAEZ BARRERA, CARLOS ALBERTO CR 11 18 N 25 Email: kptoarbelaezb@hotmail.com	CC: 76327215
Póliza y duración:	Póliza nº: 023263973 / 0	
	Duración: Desde las 00:00 horas del 05/06/2026 hasta las 24:00 horas del 04/06/2027.	

Datos del Asegurado

Asegurado Principal:	ARBELAEZ BARRERA, CARLOS ALBERTO CR 11 18 N 25 POPAYAN	**CC:**	76327215
Email:	kptoarbelaezb@hotmail.com		

Datos del Vehículo

Placa:	IJK475	**Código Fasecolda:**	9036166
Marca:	TOYOTA	**Uso:**	Liviano Particulares
Clase:	CAMPERO	**Zona Circulación:**	POPAYAN
Tipo:	PRADO [LC 150]	**Valor Asegurado:**	192.500.000,00
Modelo:	2015	**Versión:**	TX-L [FL]-TP 3000CC 5P TD EURO IV 9036166
Motor:	1KD2493896	**Accesorios:**	0,00
Serie:	1KD2493896	**Blindaje:**	0,00
Chasis:	JTEBH3FJ5FK159141	**Sistema a Gas:**	0,00
Dispositivo Seguridad:	------		

Coberturas

Amparos	Valor Asegurado	Deducible en S.M.M.L.V.
Responsabilidad Civil Extracontractual	5.000.000.000,00	0,00
Asistencia Jurídica en Proceso Penal y Civil	50.000.000,00	0,00
Daños de Mayor Cuantía	192.500.000,00	0,00
Daños de Menor Cuantía	192.500.000,00	1,00
Hurto de Mayor Cuantía	192.500.000,00	0,00
Hurto de Menor Cuantía	192.500.000,00	1,00
Vehículo de Reemplazo	Incluida	0,00
Gastos de Movilización para el asegurado	1.200.000,00	0,00

21-04-2026 00:04:22 03101100360000C052 CA028200 1091110

Amparos	Valor Asegurado	Deducible en S.M.M.L.V.
Lesiones o muerte en accidente de tránsito	50.000.000,00	0,00
Asistencia de Grúa	Incluida	0,00
Conductor Elegido	Incluida	0,00
Asistencias Plus	Incluida	Según clausulado
Emergencias en Carretera	Incluida	0,00
Asistencias Gold	Incluida	Según clausulado
Amparo Patrimonial	Incluida	

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación Allianz
1091110	SEGUROS CAPITAL LIMITADA	100,00

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 358384729

Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	4.567.386,00
IVA	867.803,00
IMPORTE TOTAL	**5.435.189,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

Allianz Seguros S.A.
Cra. 13A N° 29-24
Bogotá- Colombia
Nit.860026182- 5

Urgencias y Asistencia

Dese su celular al #265
En Bogotá .....(57) 601 5941133
Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500

www.allianz.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

ARBELAEZ BARRERA, CARLOS ALBERTO

SEGUROS CAPITAL LIMITADA

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz Seguros S.A.

Se hace constar que la mora en el pago de la prima generará la terminación automática de la póliza de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1068 del Código de Comercio.

Camilo Romero
Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Nota Identificativa Consulta Clausulado

Recuerde que las condiciones asociadas a su contrato de seguro las encuentra en nuestra página web www.allianz.co/ Clausulados / automóviles versión N°

29/11/2024-1301-P-03-AUTO58VERSION24-DR0I
29/11/2024-13-NT-P-03-AZCNTAutos2024

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. 190137843

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ VALLE DE PUBENZA SAS

NIT: 901407655

No. de Certificado de Acreditación: 22-CDA-051

Fecha de expedición: 2026/06/15

Fecha de vencimiento: 2027/06/15

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	IJK475	**CLASE:**	CAMPERO
MARCA:	TOYOTA	**MODELO:**	2015
SERVICIO:	Particular	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	2982	**NRO. MOTOR:**	1KD2493896
NRO. CHASIS:	JTEBH3FJ5FK159141	**VIN:**	JTEBH3FJ5FK159141
LÍNEA:	PRADO		
COLOR:	PLATA METALICO		

NOMBRE PROPIETARIO: CARLOS A. ARBELAEZ B.

FIRMA DEL RESPONSABLE

EDUARDO ELIBANIEL DORADO RUIZ

SOAT

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

ASEGURADORA

seguros mundial®

FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA								
AÑO	MES	DÍA		DESDE LAS 00 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	AÑO	MES	DÍA
2026	8	27			2026	8	29		2027	8	28

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
98155427 - 617633280	IJK475	VEH. PARTICULARES 6 O MAS PASAJEROS	PARTICULAR	2982	2015

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
7	TOYOTA	WAGON
	LÍNEA VEHÍCULO: PRADO	

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
1KD2493896	JTEBH3FJ5FK159141	JTEBH3FJ5FK159141	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CARLOS ARBELAEZ BARRERA	3185367718	CC	76327215	BOGOTA D.C.

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICION
1317	14	80001522	98155427	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
62	$ 841,600	$ 437,600	$ 2,400

TOTAL A PAGAR

$ 1,281,600

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[2] 701,68[3]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77[1]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180[4]	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750[5]	



Seguro
Ter-Cero Esencial

El complemento del **SOAT** que cubrirá los daños materiales ocasionados a otros en accidentes de tránsito.

Te respalda en caso de que presentes un accidente de tránsito y ocasiones daños materiales a otros.
Consulta más información con el aliado con quien adquiriste este SOAT o ingresa en: www.segurotercero.com

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:
•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención 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 el Fosyga lo debe 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
•Con el fin de evitar duplicidad de amparos, si en la expedición del seguro obligatorio la aseguradora evidencia que actualmente existe una póliza vigente cargada en el RUNT,

www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/
la vigencia de la póliza que se está expidiendo se modificará de tal forma que inicie vigencia a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Habeas data
Seguros Mundial es el responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales son recolectados para la prestación de los servicios inherentes a la suscripción del contrato de seguro y para las finalidades dispuestas en la Política de Tratamiento de Datos Personales; la cuál puede ser consultada en www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/
Dentro de la Política encontrará los derechos que le asisten como titular de sus datos y las maneras que tiene para ejercerlos Recuerde que no está en obligación de otorgar sus datos personales sensibles, o los relacionados a niños, niñas y adolescentes.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos se debe hacer preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios, garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima.
[2] Para las tarifas 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2497 de 2022
[3]. Para las demás tarifas no incluidas en el Decreto 2497 de 2022.
[4] Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.6 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social
[5] Según numeral 1 del Art 2.6.1.4.2.11 y siguientes del Decreto de 780 de 2016 expedido por El Ministerio de Salud y Protección Social.

Digitally signed by COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Date: 2026.08.27 06:29:43 -05:00

PROPLAN


CONSULTORIO


PURINA® PRO PLAN® cuida las razas del mundo
PURINA
PRO PLAN
EXTINTOR


CAMARA DE TERAPIA RESPIRATORIA




Gold



AUTO-CLAVE

CHAMBER CAPACITY
23cm Dia × 41cm 18 L
TEMPERATURE 121°C
WORKING PRESSURE 1.2kg/cm²
HYDRAULIC TEST 2.5kg/cm²
VOLTAGE AC V 800W

EASTERN MEDICAL APPARATUS WORKS

Dr. Arbeloa
Clínica
Veterinaria

Consulta
Hospitalización
Vacunación
Urgencias
Cirugías
Rx

UNIDAD MÓVIL MEDICA

Clínica Veterinaria

LINEA DE ATENCIÓN
318 536 7718

IJK 475

5927 HT J

