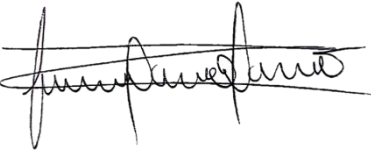


|                                                                                                                            |                                                    |             |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|----------------|
| <br>Alcaldía Municipal de<br>Floridablanca | OBLIGACIÓN CONTRAIDA                               | CÓDIGO      | GMFP- F- 07    |
|                                                                                                                            |                                                    | VERSIÓN     | 08             |
|                                                                                                                            | SECRETARÍA DE HACIENDA                             | FECHA ELAB  | 28-Agosto-2019 |
|                                                                                                                            |                                                    | FECHA APROB | 2/01/2024      |
|                                                                                                                            | PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS | TRD         | 900            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|-----------|---------------------------|---------|-----------|--|
| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| NOMBRE COMPLETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | FREDY ANTONIO MACAREO RODRIGUEZ                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| C.C. O NIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 1.095.808.255 expedida en Floridablanca.                                                                                                                                                              |         |               |           |                           |         |           |  |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 3102969490                                                                                                                                                                                            |         |               |           |                           |         |           |  |
| VALOR COBRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | \$ 4.000.000                                                                                                                                                                                          |         |               |           |                           |         |           |  |
| PERIODO DEL VALOR COBRADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | DÍA: 21                                                                                                                                                                                               | MES: 03 | AÑO: 2024     | —         | DÍA: 20                   | MES: 04 | AÑO: 2024 |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATO :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| TIPO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | CONTRATO No.                                                                                                                                                                                          |         |               |           | FECHA INICIO DEL CONTRATO |         |           |  |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 0224-2024- CO1.PCCNTR.5970936                                                                                                                                                                         |         |               |           | DÍA: 21                   | MES: 02 | AÑO: 2024 |  |
| CDP: 24-00408                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | FECHA: 17/02/2024                                                                                                                                                                                     |         | RP: 24-00454  |           | FECHA: 20/02/2024         |         |           |  |
| CDP ADICIONAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | FECHA:                                                                                                                                                                                                |         | RP ADICIONAL: |           | FECHA:                    |         |           |  |
| OBJETO CONTRACTUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | “PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO AMBIENTAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL EN LA DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA” |         |               |           |                           |         |           |  |
| CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| ENTIDAD BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                                           |         |               |           |                           |         |           |  |
| NÚMERO DE CUENTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 78000021716                                                                                                                                                                                           |         |               |           | AHORROS                   | X       | CORRIENTE |  |
| DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO “CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA” ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| CONTROL DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| NOMBRE SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | ORLANDO PATIÑO SUÁREZ                                                                                                                                                                                 |         |               |           |                           |         |           |  |
| CARGO SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE SALUD AMBIENTAL                                                                                                                                                     |         |               |           |                           |         |           |  |
| FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | DÍA: 22                                                                                                                                                                                               | MES: 04 |               | AÑO: 2024 |                           |         |           |  |
| CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [ CO-F-103-18.005 ] “DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO”.                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| FIRMAS RESPONSABLES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| <div><div><br/>FREDY ANTONIO MACAREO RODRIGUEZ,<br/>No. 1.095.808.255 expedida en F/blanca.<br/>CONTRATISTA<br/>RESPONSABLE DEL TRÁMITE</div><div><br/>ORLANDO PATIÑO SUÁREZ<br/>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE<br/>SALUD AMBIENTAL<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |
| <div><div>REVISÓ Y APROBÓ<br/>OFICINA DE RADICACIÓN Y<br/>DIGITALIZACIÓN<br/><br/>No. Folios:</div><div>NÚMERO DE RADICADO<br/><br/>Fecha: _____<br/>Hora: _____</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                       |         |               |           |                           |         |           |  |

|                                                                                                                            |                                                                                       |  |  |             |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------|--------------|
| <br>Alcaldía Municipal de<br>Floridablanca | ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES<br>CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |  | CÓDIGO      | GC-F-14      |
|                                                                                                                            |                                                                                       |  |  | VERSIÓN     | 04           |
|                                                                                                                            | OFICINA DE CONTRATACIÓN                                                               |  |  | FECHA ELAB  | Febrero-2017 |
|                                                                                                                            |                                                                                       |  |  | FECHA APROB | 02/01/2024   |
| PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN                                                                                        |                                                                                       |  |  | TRD         | 103-14       |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|
| ACTA No.                                                                                                                                                                                                                                            | 03                                                                                                                                                                                             | TIPO DE CONTRATO             | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN |                     |              |
| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| No. DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                     | 0224-2024- CO1.PCCNTR.5970936                                                                                                                                                                  |                              | FECHA DE CONTRATO                                             | 20/02/2024          |              |
| NOMBRE CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  | FREDY ANTONIO MACAREO RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.095.808.255 expedida en Floridablanca.                                                                         |                              |                                                               |                     |              |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| “PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO AMBIENTAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL EN LA DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA”                                               |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| LUGAR DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                  | MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA                                                                                                                                                                     |                              |                                                               |                     |              |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                               | ORLANDO PATIÑO SUÁREZ                                                                                                                                                                          |                              |                                                               |                     |              |
| CARGO DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                | PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE SALUD AMBIENTAL                                                                                                                                              |                              |                                                               |                     |              |
| OFICINA GESTORA                                                                                                                                                                                                                                     | SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL                                                                                                                                                                  |                              |                                                               |                     |              |
| PLAZO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                  | 04 MESES                                                                                                                                                                                       |                              | PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)                      | N/A                 |              |
| VALOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                  | \$16.000.000 MCTE                                                                                                                                                                              |                              | VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)                      | N/A                 |              |
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                        | 21/02/2024                                                                                                                                                                                     |                              |                                                               |                     |              |
| FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL                                                                                                                                                                                                                        | 20/06/2024                                                                                                                                                                                     |                              | FECHA DE TERMINACIÓN CON ADICIÓN (si aplica)                  | N/A                 |              |
| REGISTROS PRESUPUESTALES                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| RESGISTROS INICIALES                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| No. DE CDP                                                                                                                                                                                                                                          | 24-00408                                                                                                                                                                                       |                              | FECHA DE EXPEDICIÓN CDP                                       | 17/02/2024          |              |
| No. DE RP                                                                                                                                                                                                                                           | 24-00454                                                                                                                                                                                       |                              | FECHA DE EXPEDICIÓN RP                                        | 20/02/2024          |              |
| REGISTROS ADICIONALES (si aplica)                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| No. DE CDP                                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                                                            |                              | FECHA DE EXPEDICIÓN CDP                                       | N/A                 |              |
| No. DE RP                                                                                                                                                                                                                                           | N/A                                                                                                                                                                                            |                              | FECHA DE EXPEDICIÓN RP                                        | N/A                 |              |
| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| PERIODO                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA DE PAGO                                                                                                                                                                                  | NÚMERO DE PLANILLA           | VALOR SALUD                                                   | VALOR PENSIÓN       | VALOR ARL    |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                              | SALUD TOTAL                                                   | PORVENIR            | POSITIVA ARL |
| MARZO                                                                                                                                                                                                                                               | 16/04/2024                                                                                                                                                                                     | 7916221848                   | \$ 242.500                                                    | \$ 310.400          | \$ 47.400    |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| NOMBRE ASEGURADORA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                | NUMERO DE PÓLIZA             |                                                               | FECHA DE APROBACIÓN |              |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                | N/A                          |                                                               | N/A                 |              |
| ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| TIPO DE ESTAMPILLA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                | Nº ESTAMPILLA                |                                                               | FECHA PAGO          |              |
| según artículo 206 ordenanza 077 de 23 de Diciembre del 2014, Estatuto tributario del Departamento de Santander la presente cuenta está exenta de esta estampilla por corresponder a la ejecución de actividades y recursos del SGP- Salud Publica. |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                |                              | 21/02/2024 AL 20/03/2024                                      |                     |              |
| VALOR A PAGAR                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                |                              | CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000)                  |                     |              |
| DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                              |                                                               |                     |              |
| No.                                                                                                                                                                                                                                                 | ACTIVIDAD CONTRACTUAL                                                                                                                                                                          | ACTIVIDAD REALIZADA          |                                                               | EVIDENCIA/SOPORTE   |              |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                  | Presentar cronograma de las actividades a realizar, previa aprobación por parte de la Coordinación del Programa de Seguridad Sanitaria y Ambiental de la Secretaría de Salud de Floridablanca. | No ejecutada en este periodo |                                                               | N/A                 |              |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| <br>Alcaldía Municipal de<br>Floridablanca | ACTA INFORME PARCIAL Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES<br>CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CÓDIGO                | GC-F-14      |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VERSIÓN               | 04           |
|                                                                                                                            | OFICINA DE CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA ELAB            | Febrero-2017 |
|                                                                                                                            | PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA APROB           | 02/01/2024   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TRD                   | 103-14       |
| 2.                                                                                                                         | Apoyar las visitas de inspección sanitaria solicitadas por la comunidad de Floridablanca en el marco de la Ley 09 de 1979 y sus normas reglamentarias                                                                                                                           | VISITA DE INSPECCION SANITARIA A ESTABLECIMIENTO FARMATODO EN CAÑAVERAL<br><br>VISITA DE INSPECCION SANITARIA A ESTABLECIMIENTO PAO NAILS DISTRIBUIDORA<br><br>VISITA DE INSPECCION SANITARIA A ESTABLECIMIENTO CONSULTORIO ODONTOLOGICO CRISTINA PERILLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Evidencia fotografía  |              |
| 3.                                                                                                                         | Brindar acompañamiento a las visitas de inspección sanitaria a piscinas de uso colectivo del municipio, verificando el cumplimiento de la normatividad sanitaria según lineamientos del programa de seguridad Sanitaria y Ambiental de la Secretaría de Salud de Floridablanca. | No ejecutada en este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                   |              |
| 4.                                                                                                                         | Realizar acompañamiento en las visitas a las Plantas de Tratamiento de Agua Potable que existen en Floridablanca para verificar su operatividad sanitaria de acuerdo con los lineamientos establecidos por el MSPS y la normatividad sanitaria.                                 | VISITA A LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE (PTAP) UBICADA EN ALTOS DE CARACOLI.<br><br>VISITA A PUNTO CONCERTADO UBICADO EN LA ENTRADA PUNTA RUITOQUE PARA TOMA DE MUESTRA DE AGUA POTABLE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | EVIDENCIA FOTOGRAFICA |              |
| 5.                                                                                                                         | Verificar los PGIRHS sobre manejo interno de residuos hospitalarios presentados por los generadores de conformidad con el Decreto 351 de 2014 y evaluar su operatividad.                                                                                                        | No ejecutada en este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                   |              |
| 6.                                                                                                                         | Entregar a la coordinación del programa de seguridad sanitaria y ambiental de la Secretaría de Salud municipal los formatos o instrumentos diligenciados durante las actividades asignadas en el objeto contractual.                                                            | No ejecutada en este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                   |              |
| 7                                                                                                                          | Asistir a las capacitaciones que programe la oficina de Salud Ambiental y/o eventos programados por otras Entidades.                                                                                                                                                            | INVITACION A ALMACENES DE CADENA “GRANDES SUPERFICIES CAPACITACION BPM.”<br><br>ACTIVIDAD DE CAPACITACION A RESOLUCION 005109/2005 ROTULADO Y ETIQUETADO.<br><br>ACTIVIDAD DE CAPACITACION TEMA: “PRODUCTOS DE PESCA”<br><br>CAPACITACIÓN REALIZADA POR LABORATORIO DPTAL IMPORTANCIA DE LOS ANÁLISIS FISICOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS REALIZADOS EN LAS MUESTRAS DE ALIMENTOS Y AGUA POTABLE.<br><br>CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL LABORATORIO DPTAL DE SALUD PUBLICA, IMPORTANCIA DE LOS ANÁLISIS FISICOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS REALIZADOS A LAS MUESTRAS DE ALIMENTOS Y AGUA POTABLE. | EVIDENCIA FOTOGRAFICA |              |
| 8                                                                                                                          | Apoyar a la presentación de los informes consolidados de las actividades realizadas y                                                                                                                                                                                           | No ejecutada en este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                   |              |

|   |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|   | aprobados por la Coordinación del programa seguridad sanitaria y ambiental de la secretaría de salud. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |
| 9 | Cumplir con las demás obligaciones sanitarias delegadas por el supervisor asignado.                   | ACTIVIDAD REALIZADA EL DÍA 3 DE ABRIL JORNADA DE INSPECCIÓN Y DETERMINACIÓN DE POSIBLES FACTORES DE RIESGO QUE FACILITAN EL DESARROLLO DEL VECTOR TRANSMISOR DEL DENGUE AEDES AEGYPTI ( OBRA INCONCLUSA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL DE FLORIDABLANCA)<br><br>PARTICIPACIÓN EN EL COMITE DE IVC DE CARNES Y DERIVADOS DE PRODUCTO CARNICOS REALIZADO POR LA SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y SECRETARÍA SE SALUD DEPARTAMENTAL. | EVIDENCIA FOTOGRAFICA |

**ANEXOS:** Especificar el tipo de anexo: Actas, procedimientos, formatos, PDF, Excel, fotografías

**OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Descripción breve de la situación o N/A

Se reunieron el SUPERVISOR del contrato y el CONTRATISTA con el fin de revisar, verificar y aprobar las actividades realizadas por el contratista durante este periodo cumplido de ejecución del contrato. Por tal motivo, el suscrito SUPERVISOR se sirve CERTIFICAR que el contratista cumplió a cabalidad con las actividades designadas en este periodo de ejecución, las cuales, se relacionan en la presente Acta; así como también, de cumplir con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda.

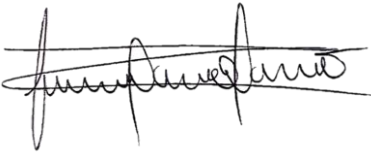
En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance parcial de este periodo cumplido de ejecución del contrato es el siguiente:

| BALANCE PARCIAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO |               |                  |
|----------------------------------------------|---------------|------------------|
| DETALLE                                      | CONTRATADO    | PAGOS REALIZADOS |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                   | \$ 16.000.000 |                  |
| VALOR DEL CONTRATO CON ADICIÓN (si aplica)   | \$ N/A        |                  |
| PRIMER PAGO                                  |               | \$ 4.000.000     |
| SEGUNDO PAGO                                 |               | \$ 4.000.000     |
| SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR                 |               | \$ 8.000.000     |
| TOTAL (sumas iguales)                        | \$ 16.000.000 | \$ 16.000.000    |

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, el día Veintidós (22) de Abril del año Veinticuatro (2024).



**ORLANDO PATIÑO SUÁREZ**  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE SALUD  
AMBIENTAL  
SUPERVISOR DEL CONTRATO



**FREDY ANTONIO MACAREO RODRIGUEZ,**  
C.C No. 1.095.808.255 expedida en F/blanca.  
**CONTRATISTA**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                           |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA      | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1095808255          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | FREDY ANTONIO MACAREO     |                                               |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BUCARAMANGA DEPARTAMENTO: | SANTANDER                                     |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 146A#44-28          | TELÉFONO: 6480239                             |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE          | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE              |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                   | ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                     |                                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                           | NO                                            |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                                    |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7916221848 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo      |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2024  | SALUD: AÑO: 2024                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 5          |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/04/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 578569974     |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
| X         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |  |  |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|--|--|------------|--------------|
|                       |        |                                         |  |  | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                          |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |  |            |              |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR                         |  |  | 1          | \$ 310.400   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         |  |  | 1          | \$ 310.400   |
| SALUD                 |        |                                         |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                          |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |  |            |              |
| 800130907             | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL                      |  |  | 1          | \$ 242.500   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         |  |  | 1          | \$ 242.500   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |  |  |            |              |
|                       |        | ADMINISTRADORA                          |  |  |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |  |  |            |              |
| 860011153             | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. |  |  | 1          | \$ 47.400    |
| SUBTOTAL:             |        |                                         |  |  | 1          | \$ 47.400    |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 597.500 |
| VALOR MORA:     | \$ 2.800   |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 600.300 |

USUARIO: 1095808255  
CONTRASEÑA: Sanpal9407\*\*

Floridablanca 22 de Abril del 2024

Doctor

**ORLANDO PATIÑO SUÁREZ**

PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE SALUD AMBIENTAL

Secretaria de Salud

Supervisor del contrato #0224-2024- CO1.PCCNTR.5970936

Asunto: INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA **FREDY ANTONIO MACAREO RODRIGUEZ** PERIODO 21/03/2024 AL 20/04/2024

Cordial saludo

Por medio del presente me permito adjuntar las fotografías de la evidencia de la obra o labor realizada por este servidor durante el periodo 21/02/2024 AL 20/03/2024, según las siguientes funciones asignadas:

2. Apoyar las visitas de inspección sanitaria solicitadas por la comunidad de Floridablanca en el marco de la Ley 09 de 1979 y sus normas reglamentarias.

- VISITA DE INSPECCION SANITARIA A ESTABLECIMIENTO FARMATODO EN CAÑAVERAL

| Alcaldía Municipal de Floridablanca |                                                                 | CÓDIGO:<br>SS- F- 800-64.002 |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL     |                                                                 | VERSIÓN 01                   |
| SECRETARIA LOCAL DE SALUD           | PROCESO: MANEJO DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Y LA SALUD PUBLICA |                              |

ACTA DE INSPECCION SANITARIA No. 2024  
Fecha: 27 de marzo 2024.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Tienda Farmatodo.  
RAZON SOCIAL: FARMATODO CAÑAVERAL.  
DIRECCION: Calle 15B con Carrera 20 Zona Comercial LOTE 2.

REPRESENTANTE LEGAL: CHRISTIAN ALEJANDRO ECHEVERRIGUETE FERNANDEZ  
CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

| EDIFICACIONES E INSTALACIONES                | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|----------------------------------------------|--------|-----------|-----------|
| LOCALIZACION Y ACCESO                        | ✓      |           |           |
| PISOS Y PAREDES                              | ✓      |           |           |
| TECHOS                                       | ✓      |           |           |
| PUERTAS Y VENTANAS                           | ✓      |           |           |
| ILUMINACION                                  | ✓      |           |           |
| VENTILACION                                  | ✓      |           |           |
| ABASTECIMIENTO DE AGUA                       | ✓      |           |           |
| DISPOSICION DE RESIDUOS SOLIDOS Y ESPECIALES | ✓      |           |           |
| DISPOSICION DE RESIDUOS LIQUIDOS             | ✓      |           |           |
| INSTALACIONES SANITARIAS                     | ✓      |           |           |

OBSERVACIONES: EL ESTABLECIMIENTO CUMPLE CON LAS CONDICIONES SANITARIAS DESCRITAS EN LA LEY 09 DE 1979.

ESTE DOCUMENTO ES VALIDO COMO CONCEPTO SANITARIO.

correo: farmaceutico.canaveral@farmatodo.com

| CONCEPTO SANITARIO | CONCEPTO SANITARIO |
|--------------------|--------------------|
| FAVORABLE          | DEFAVORABLE        |

FUNCIONARIO DE SALUD EL NOTIFICADO  
FREDY MACAREO RODRIGUEZ  
ING. AMBIENTAL.

Sandra Yeana Ollamita  
28105218

| ELABORO<br>EQUIPO MECI | FECHA<br>MARZO 2015 | REVISO<br>RESPONSABLE PROCESO | FECHA<br>MARZO 2015 |
|------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|
|------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|

Calle 5 No. 8-25 Casco Antiguo  
Floridablanca  
Tels: (517) 6497777 - 6497603  
FAX 6497583  
E-mail:  
contactenos@floridablanca.gov.co

Atención:  
Lunes a Viernes  
8:00 am a 12:00 y  
2:00 pm a 6:00 pm

Atención en Línea  
Lunes a Viernes  
9:01 am a 10:00 am

Alcaldía-Municipal-de-Floridablanca  
@alr.floridablanca

- VISITA DE INSPECCION SANITARIA A ESTABLECIMIENTO PAO NAILS DISTRIBUIDORA

|                           |                                                                                                                              |                                       |    |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----|
|                           | <br>Alcaldía Municipal de<br>Florida Blanca | CÓDIGO:<br>800-64.002                 |    |
|                           |                                                                                                                              | VERSIÓN                               | 00 |
| <b>CARTAS</b>             |                                                                                                                              |                                       |    |
| SECRETARIA LOCAL DE SALUD |                                                                                                                              | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO |    |

**OFICINA DE SALUD AMBIENTAL**  
 ATENCION DE PQRDS RADICADO INTERNO NUMERO \_\_\_\_\_  
 RADICADO ALCALDIA 2024 372508  
 RADICADO SECRETARIA LOCAL DE SALUD \_\_\_\_\_

FECHA: 21 de Marzo 2024

NOTIFICA (A).

DENUNCIADO: Pao Nails distribuidora

DENUNCIANTE: Clara Para Parra M.c. 63431025

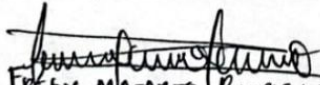
DIRECCIÓN: Calle 30a #7E-139 Barrio la cumbre.

**DESCRIPCION DE LA PQRDS**

La Señora Clara Para Parra Mordez en cumplimiento  
 del artículo 33 del código de policía [ley 1807 del 2016]  
 presenta formalmente queja debido a comportamientos que  
 afectan la tranquilidad y las relaciones vecinales  
 entre las personas debido al alto volumen [ruido] emitido  
 por un baffle grande ubicado en el establecimiento  
 Pao Nails distribuidora de cosméticos en el barrio la cumbre.

REQUERIMIENTOS, OBSERVACIONES, HALLAZGO O MEDIDA SANITARIA PREVENTIVA A  
 CUMPLIR:

Se realizó visita de inspección al lugar en mención  
 y se observa que en funcionamiento se encuentra un baffle  
 pequeño con volumen moderado según lo establece la resolución  
 08321 de 1983 en su artículo 17 [zona II comercial] el  
 nivel de presión sonora en db en el horario 7:01 am - 9:00 pm  
 es de 70 db.

FIRMA:   
 FUNCIONARIO SECRETARIA DE SALUD

FIRMA: Danna Valentina Chaparro  
 NOTIFICADO C.C. 3099209048

|                       |                     |                               |                     |                                 |                            |
|-----------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------------|
| LABORO<br>EQUIPO MECI | FECHA<br>ENERO 2014 | REVISO<br>RESPONSABLE PROCESO | FECHA<br>ENERO 2014 | APROBÓ<br>EQUIPO DIRECTIVO MECI | FECHA<br>30 - ENERO - 2014 |
|-----------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------------|

- VISITA DE INSPECCION SANITARIA A ESTABLECIMIENTO CONSULTORIO ODONTOLOGICO CRISTINA PERILLA

|                                        |                                                                                                                                 |                                                                        |           |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                        | <br><b>Alcaldía Municipal de Floridablanca</b> | <b>CÓDIGO:</b><br>SS- F- 800-64.002                                    |           |
|                                        |                                                                                                                                 | <b>VERSIÓN</b>                                                         | <b>01</b> |
| <b>SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL</b> |                                                                                                                                 |                                                                        |           |
| <b>SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL</b>   |                                                                                                                                 | <b>PROCESO: MANEJO DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Y LA SALUD PUBLICA</b> |           |

ACTA DE INSPECCION SANITARIA No. 2024

FECHA: 16 ABRIL 2024.  
 TIPO DE ESTABLECIMIENTO: CONSULTORIO ODONTOLOGICO.  
 RAZON SOCIAL: CRISTINA PERILLA VEGA.  
 DIRECCION: Cra 12 # 7-26.  
 Correo: Cristina9396@hotmail.com 316 312 6871 - 318 65 14585.  
 REPRESENTANTE LEGAL: Cristina Perilla.

**CONDICIONES GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO**

| EDIFICACIONES E INSTALACIONES                | CUMPLE | NO CUMPLE | NO APLICA |
|----------------------------------------------|--------|-----------|-----------|
| LOCALIZACION Y ACCESO                        | ✓      |           |           |
| PISOS Y PAREDES                              | ✓      |           |           |
| TECHOS                                       | ✓      |           |           |
| PUERTAS Y VENTANAS                           | ✓      |           |           |
| ILUMINACION                                  | ✓      |           |           |
| VENTILACION                                  | ✓      |           |           |
| ABASTECIMIENTO DE AGUA                       | ✓      |           |           |
| DISPOSICION DE RESIDUOS SÓLIDOS Y ESPECIALES | ✓      |           |           |
| DISPOSICION DE RESIDUOS LIQUIDOS             | ✓      |           |           |
| INSTALACIONES SANITARIAS                     | ✓      |           |           |

OBSERVACIONES: EL ESTABLECIMIENTO CUMPLE CON LAS CONDICIONES SANITARIAS DESCRITAS EN LA LEY 09 DE 1979.

→ A llegar en los primeros días del mes de diciembre del año en curso INFORME RH1 correo: saludambiental@floridablanca.gov.co

|                              |   |                                 |  |
|------------------------------|---|---------------------------------|--|
| CONCEPTO SANITARIO FAVORABLE | ✓ | CONCEPTO SANITARIO DESFAVORABLE |  |
|------------------------------|---|---------------------------------|--|

FUNCIONARIO

Firma: *Cristina Perilla V* cps

Tatiana Gilvez - cps

Yirley Verdel Suarez - cps

FREDY MACAREO - cps

NOTIFICADO:

Firma: *Cristina Perilla V*

CC SI 1783397

|                     |                  |                             |                  |  |  |
|---------------------|------------------|-----------------------------|------------------|--|--|
| ELABORO EQUIPO MECI | FECHA MARZO 2015 | REVISOR RESPONSABLE PROCESO | FECHA MARZO 2015 |  |  |
|---------------------|------------------|-----------------------------|------------------|--|--|

Calle 5 No. 8-25 Casco Antiguo  
 Floridablanca  
 Tels: (5)(7) 6497777 - 6497603  
 FAX 6497583  
 E-mail:  
 contactenos@floridablanca.gov.co

Atención:  
 Lunes a Viernes  
 8:00 am a 12:00 y  
 2:00 pm a 6:00 pm

Atención en Línea  
 Lunes a Viernes  
 9:00 am a 10:00 am



Alcaldía-Municipal-de-Floridablanca  
 @alfloridablanc



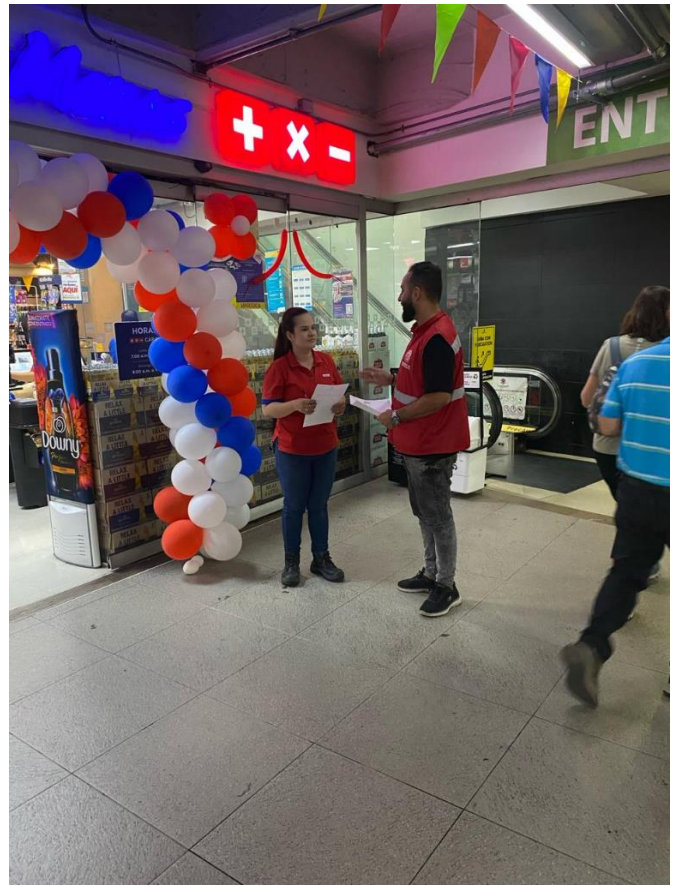
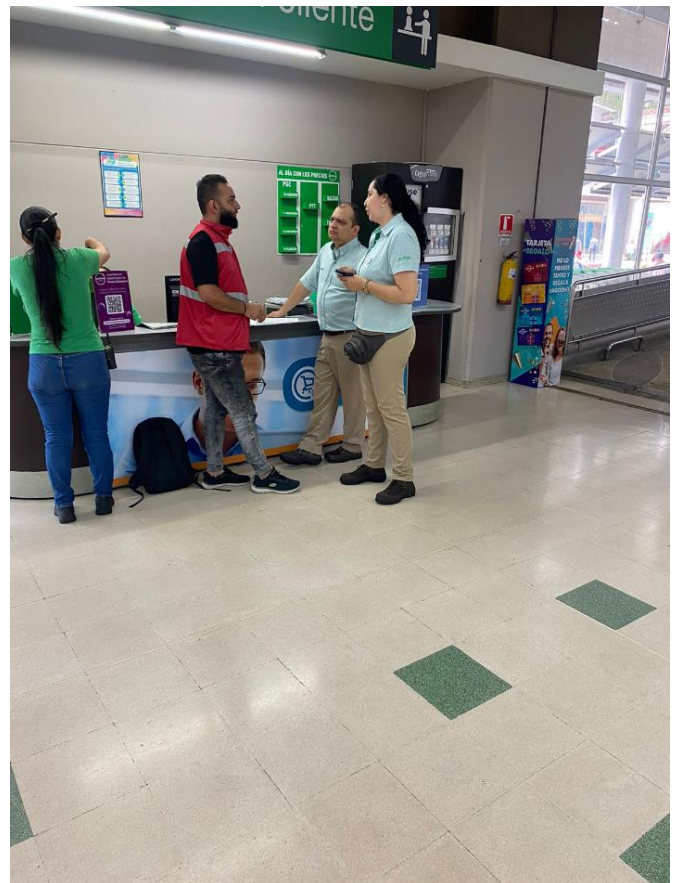


- VISITA A PUNTO CONCERTADO UBICADO EN LA ENTRADA PUNTA RUITOQUE PARA TOMA DE MUESTRA DE AGUA POTABLE.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE AGUA</b><br>Laboratorio de Salud Pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CÓDIGO: M-05-RG-110<br>VERSIÓN: 5<br>FECHA DE APROBACIÓN: 2011/02/22<br>PÁGINA: 1 de 1 |
| ACTA N°: _____ N° DE RADICACIÓN EN EL LDSP: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| <b>INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| Institución solicitante: <u>Secretaría de salud Municipal floridablanca</u><br>Departamento: <u>Santander</u><br>Nombre del solicitante: <u>Fredy Macareo Rodríguez / María Camila Moreno</u><br>Teléfono: <u>3102969490 / 3183346310</u><br>e-mail: <u>fredymacareo@gmail.com / camilamoreno04@hotmail.com</u>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| <b>INFORMACIÓN GENERAL DE LA MUESTRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| Fecha de la toma: <u>21/03/2024</u> Hora de la toma: _____ am _____ pm<br>Municipio de toma: _____ Departamento: <u>Santander</u><br>Nombre de EPSA: <u>Aqualia Latinoamérica SA ESP</u><br>Dirección EPSA: _____<br>Vereda: <u>Ruitoque Alto</u> Punto de toma de muestra concertado: <u>Si</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>No</u> <input type="checkbox"/><br>Código punto de muestreo: _____ Fuente Hídrica: <u>Rio lato</u><br>Nombre del punto de muestreo: <u>punto Ruitoque</u><br>Dirección punto de toma: <u>Entrada punta Ruitoque</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| Matriz agua: <input checked="" type="checkbox"/> Consumo humano <input checked="" type="checkbox"/> Natural superficial <input type="checkbox"/> Uso recreativo y similares <input type="checkbox"/> Otro: _____<br>Parámetros in situ: <u>Cloro residual libre 1 mgCl/L</u> <u>pH 7.66</u> <u>Turbidez 1.0 NTU</u><br>Técnica: <u>colorimétrico</u> <u>potenciométrico</u> <u>turbidimétrico</u>                                                                                                                                                           | Características del recipiente de toma de muestra: <input type="checkbox"/> Recipiente de vidrio de borosilicato con cinta indicadora <input type="checkbox"/> Recipiente de plástico (esterilidad comercial o con cinta indicadora) <input checked="" type="checkbox"/><br>Para muestras análisis microbiológico: Se añadió tiosulfato de Sodio <u>Si</u> <input type="checkbox"/> <u>No</u> <input type="checkbox"/> cantidad: _____ ml<br>Coagulante utilizado: <u>PHCA 20</u> Desinfectante utilizado: <u>hipoclorito de sodio 15%</u> |                                                                                        |
| Muestra tomada por: <u>Luis Angel Salcedo Teller</u> Celular: <u>316215935</u><br>Correo electrónico: <u>luisangel.salcedo@aqualia.com</u> Firma: <u>[Firma]</u><br>Nombre del acompañante de la EPSA: <u>Luis Angel Salcedo Teller</u><br>Cargo: <u>Jefe PTAP</u> Firma: <u>[Firma]</u>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| Contramuestra: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sistema de Tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| Muestra: <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Convenio <input type="checkbox"/> Concesión<br>Objeto del análisis: <input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> ETA <input type="checkbox"/> PQR                                                                                                                                                                                                                                                                        | Análisis solicitado: <input checked="" type="checkbox"/> Microbiológico <input checked="" type="checkbox"/> Físico químico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cúles: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| OBSERVACIONES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| <b>CADENA DE CUSTODIA (EXCLUSIVO SALUD AMBIENTAL)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| Fecha de traspaso de custodia: <u>DD/MM/AAAA</u> HORA: _____ am _____ pm<br>Nombre persona que recibe la custodia: _____<br>Entidad: _____ Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| <b>CADENA DE CUSTODIA Y RECEPCION EN EL LABORATORIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |
| Fecha de recepción en el laboratorio: <u>DD/MM/AAAA</u> HORA: _____ am _____ pm<br>Temperatura de recepción de la muestra: _____ °C<br>Horario de Recepción de muestras en el LDSP: LUN-MAR-MIER de 7:00 am a 4:00pm. JUEVES de 7:00 am a 2:00 pm<br>Nombre de la persona: _____                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        |







- ACTIVIDAD DE CAPACITACION A RESOLUCION 005109/2005 ROTULADO Y ETIQUETADO.

| Alcaldía Municipal de Floridablanca                              |                            | REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIÓN |                             | CÓDIGO<br>GD- F - TRD          |                   |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|
|                                                                  |                            |                                       |                             | VERSIÓN                        | 03                |
|                                                                  |                            |                                       |                             | FECHA ELAB                     | Noviembre-29-2016 |
|                                                                  |                            |                                       |                             | FECHA APROB                    | Noviembre-29-2016 |
| SECRETARIA LOCAL DE SALUD                                        |                            |                                       | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL |                                |                   |
| Tema de capacitación: <u>RESOLUCIÓN N° 005109/2005: ROTULADO</u> |                            |                                       |                             | Expositor o Moderador:         |                   |
| Lugar: <u>SALA JUNTA SECRETARIA DE SALUD MIAL</u>                |                            | Fecha: <u>21 MARZO 2004</u>           |                             | Hora inicial: <u>3:30 P.M.</u> | Hora final:       |
| N°                                                               | Nombres y Apellidos        | Cédula                                | Dependencia                 | Cargo                          | Firma             |
| 1                                                                | JOSE RAMIREZ               | 91282239                              | ADMINISTRACION              | COLENTIVIDAD INTEGRAL          | <i>[Firma]</i>    |
| 2                                                                | ANGELLY HIRAL              | 63324016                              | Administración              | Admon Compromiso Int           | <i>[Firma]</i>    |
| 3                                                                | CELA AUGUSTO RAFAEL JUANES | 1005333973                            | Ventas                      | Supervisor Punto de Venta      | <i>[Firma]</i>    |
| 4                                                                | JOSE FELIX                 | 63367714                              | Ventas                      | Plaza Buccon                   | <i>[Firma]</i>    |
| 5                                                                | UPATHAN                    | 1130593394                            | Venta                       | Price Smart                    | <i>[Firma]</i>    |
| 6                                                                | BOITICIA                   | 63337777                              | Administración              | gerente merchandising          | <i>[Firma]</i>    |
| 7                                                                | LUIS ERNESTO RAMIREZ       | 88197076                              | Gerente                     | Gerente Tumbos                 | <i>[Firma]</i>    |
| 8                                                                | CLOUDIA I RIOS             | 63329363                              | Asistente dirección         | Aux dirección                  | <i>[Firma]</i>    |
| 9                                                                | ILDI FOLIO GUEVARA B       | 91256156                              | Éxito Cárdenas              | Lider Abastecimiento           | <i>[Firma]</i>    |
| 10                                                               | JOSE ALBERTO GUILLERMO     | 1091695999                            | mas por acnos               | usador                         | <i>[Firma]</i>    |
| 11                                                               | JOHN EDUARDO FERRER        | 109612097                             | AREA                        | Jefe de tienda                 | <i>[Firma]</i>    |
| 12                                                               | EDMUND FERRANDO VIVASCAS   | 1095815469                            | MAKRO                       | Lider Piso Venta               | <i>[Firma]</i>    |

Página 1 de 1

CS Escaneado con CamScanner

| Alcaldía Municipal de Floridablanca                                             |                              | REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIÓN |                             | CÓDIGO<br>GD- F - TRD                                     |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                 |                              |                                       |                             | VERSIÓN                                                   | 03                         |
|                                                                                 |                              |                                       |                             | FECHA ELAB                                                | Noviembre-29-2016          |
|                                                                                 |                              |                                       |                             | FECHA APROB                                               | Noviembre-29-2016          |
| SECRETARIA LOCAL DE SALUD                                                       |                              |                                       | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL |                                                           |                            |
| Tema de capacitación: <u>Resolucion N° 005109 / 2005: Rotulado y Etiquetado</u> |                              |                                       |                             | Expositor o Moderador: <u>Sec. salud de Floridablanca</u> |                            |
| Lugar: <u>Sala Junta Secretaria de Salud municipal de Floridablanca</u>         |                              | Fecha: <u>21 marzo 2004</u>           |                             | Hora inicial: <u>3:30 pm</u>                              | Hora final: <u>4:30 pm</u> |
| N°                                                                              | Nombres y Apellidos          | Cédula                                | Dependencia                 | Cargo                                                     | Firma                      |
| 1                                                                               | JOSE FELIX GU                | 1098932933                            | Calidad/Mercado             | Coord. CALIDAD E FOMI                                     | <i>[Firma]</i>             |
| 2                                                                               | LEONARDO GOMEZ               | 13828759                              | Plaza Buccon                | Vento                                                     | <i>[Firma]</i>             |
| 3                                                                               | LEONARDO GOMEZ               | 63342255                              | JUNCO                       | JEFE ZONA                                                 | <i>[Firma]</i>             |
| 4                                                                               | LEONARDO GOMEZ               | 109870134                             | OXO COLOMBIA                | JEFE DE ZONA                                              | <i>[Firma]</i>             |
| 5                                                                               | JOSE ALBERTO GUILLERMO       | 1123350094                            | Tobacopilas Distribucion    | Lider Punto de Venta                                      | <i>[Firma]</i>             |
| 6                                                                               | LUIS ANDRES RESTREPO GUINERO | 109023255                             | AKAIO-3141047230            | Coordinador mercado                                       | <i>[Firma]</i>             |

Página 1 de 1

CS Escaneado con CamScanner



- ACTIVIDAD DE CAPACITACION  
TEMA: "PRODUCTOS DE PESCA"

| Alcaldía Municipal de Floridablanca                |                             | REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIÓN |                                                   | CÓDIGO<br>GD- F - TRD        |                       |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
|                                                    |                             |                                       |                                                   | VERSIÓN                      | 03                    |
|                                                    |                             |                                       |                                                   | FECHA ELAB                   | Noviembre-29-2016     |
|                                                    |                             |                                       |                                                   | FECHA APROB                  | Noviembre-29-2016     |
| SECRETARIA LOCAL DE SALUD                          |                             |                                       | PROCESO: GESTION DOCUMENTAL                       |                              |                       |
| Tema de capacitación: <u>PRODUCTOS DE LA PESCA</u> |                             |                                       | Expositor o Moderador: <u>GENNY LILIANA URINA</u> |                              |                       |
| Lugar: <u>SECRETARIA DE SALUD MPA</u>              | Fecha: <u>21 MARZO 2017</u> | Hora inicial: <u>3:30 P.M.</u>        |                                                   | Hora final: <u>5:00 P.M.</u> |                       |
| Nº                                                 | Nombres y Apellidos         | Cédula                                | Dependencia                                       | Cargo                        | Firma                 |
|                                                    | José Carlos Pulido          | 632854919                             | Plaza Juvencio                                    | Propietario                  | José Carlos Pulido    |
|                                                    | Egido Lora Plutide          | 63451221                              | Plaza Lago II                                     | Propietario                  | Egido Lora Plutide    |
|                                                    | M. D. J. A.                 | 415235910                             |                                                   | Propietario                  | M. D. J. A.           |
|                                                    | Hermes Nino                 | 91236251                              | plaza satélite                                    | Hermes Nino                  | Hermes Nino           |
|                                                    | Yessy Ortiz Amador          | 11027002                              | FLORIDABLANCA                                     | GOTA PESCA                   | Yessy Ortiz Amador    |
|                                                    | Hernando Manrique           | 91.271.371                            | plaza satélite                                    | propietario                  | Hernando Manrique     |
|                                                    | Ricardo Martínez Góez       | 91276.318                             | plaza la calmena                                  | Propietario                  | Ricardo Martínez Góez |
|                                                    | Adonay Saguero              | 5.419.986                             | plaza satélite                                    | proprietario                 | Adonay Saguero        |
|                                                    | Doris Ruiz Bernal           | 28152915                              | plaza villobel                                    | proprietario                 | Doris Ruiz Bernal     |
|                                                    | Pelia Martínez U.           | 28155377                              | Plaza Floridablanca                               | proprietaria                 | Pelia Martínez U.     |
|                                                    | Raul Romero                 | 1372129                               | Plaza Floridablanca                               | proprietario                 | Raul Romero           |
|                                                    | Claudina Peña               | 63327655                              | plaza la Combre                                   | proprietaria                 | Claudina Peña         |

|                                                                                                                          |                                       |                             |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| <br>Alcaldía Municipal de Floridablanca | REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIÓN | CÓDIGO:<br>GD- F - TRD      |                   |
|                                                                                                                          |                                       | VERSIÓN                     | 03                |
|                                                                                                                          |                                       | FECHA ELAB                  | Noviembre-29-2016 |
|                                                                                                                          |                                       | FECHA APROB                 | Noviembre-29-2016 |
| SECRETARÍA DE SALUD                                                                                                      |                                       | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL |                   |

|                      |        |                        |             |
|----------------------|--------|------------------------|-------------|
| Tema de capacitación |        | Expositor o Moderador: |             |
| Lugar:               | Fecha: | Hora inicial:          | Hora final: |

| Nº | Nombres y Apellidos        | Cédula     | Dependencia                 | Cargo       | Firma                      |
|----|----------------------------|------------|-----------------------------|-------------|----------------------------|
|    | Jackeline Lopez            | 63457221   | Plaza de Mercado La Colmena | Propietario | Jackeline Lopez            |
|    | Gloria Cecilia Pulido      | 65.285494  | Plaza de Mercado La Colmena | Propietaria | Gloria Cecilia Pulido      |
|    | Rene Martinez Gomez        | 91276318   | Plaza de Mercado La Colmena | Propietario | Rene Martinez Gomez        |
|    | Esneider Mauricio Osma     | 1234341147 | Plaza de Mercado La Cumbre  | Propietario | Esneider Osma              |
|    | Sebastian Benitez Carrillo | 1005325786 | Plaza de Mercado La Cumbre  | Propietario | Sebastian Benitez Carrillo |
|    | Miguel Angel H. G.         | 97285566   | Villalba                    | Propietario | Miguel Angel H. G.         |
|    | Luis Helio Osma Vargas     | 63499250   | Plaza de Mercado Asovecam   | Propietario | Luis Helio Osma Vargas     |
|    | Williamton Campos P.       | 91.529120  | Florida                     | Propietario | Williamton Campos P.       |
|    |                            |            |                             |             |                            |
|    |                            |            |                             |             |                            |
|    |                            |            |                             |             |                            |
|    |                            |            |                             |             |                            |
|    |                            |            |                             |             |                            |
|    |                            |            |                             |             |                            |



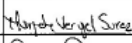
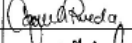
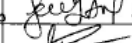


- CAPACITACIÓN REALIZADA POR EL LABORATORIO DPTAL DE SALUD PUBLICA, IMPORTANCIA DE LOS ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS REALIZADOS A LAS MUESTRAS DE ALIMENTOS Y AGUA POTABLE.





|                                                                                     |                            |                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|------------|
|  | <b>REGISTRO DE REUNION</b> | CÓDIGO              | AP-AR-129  |
|                                                                                     |                            | VERSIÓN             | 8          |
|                                                                                     |                            | FECHA DE APROBACIÓN | 13/06/2016 |
|                                                                                     |                            | PÁGINA              | 1 de 1     |

| SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER – GRUPO DE LABORATORIO DTAL DE SALUD PUBLICA                                                                                                                                                             |                |                                      |                          |                                                                                      |            |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------|
| Lugar: LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PUBLICA                                                                                                                                                                                         |                |                                      | Fecha: 14/04/2024.       | Hora: 8:00 a.m                                                                       |            |                                                      |
| Objetivo: Capacitar a técnicos y profesionales de salud ambiental de municipios de Florana y Piedemonte en la importancia de los análisis físico-químicos y microbiológicos a las muestras de Alimentos y Agua Potable en el laboratorio. |                |                                      |                          |                                                                                      |            |                                                      |
| Tema(s) a Tratar: Resolución 1407 de 2022, Parámetros                                                                                                                                                                                     |                |                                      | Responsable(s)           |                                                                                      |            |                                                      |
| Asistentes                                                                                                                                                                                                                                | Identificación | Dependencia                          | Nivel Jerárquico         | Firma                                                                                | Teléfono   | Correo Electrónico                                   |
| 1. Horacio Vergel Suarez.                                                                                                                                                                                                                 | 63555443       | Secretaría Salud Floridablanca       | Tecnólogo                |  | 3102595598 | hve.vergel@gmail.com                                 |
| 2. Norma Caule Rueda Blanco.                                                                                                                                                                                                              | 1098757169     | Secretaría Salud Floridablanca EPS   | Profesional              |  | 321204924  | mrcaule@unicef.org.co                                |
| 3. Jenny Michel Ospina                                                                                                                                                                                                                    | 60397217       | Secretaría de Salud de Floridablanca | Profesional              |  | 310200419  | coordinacionambiental@alcaldiadefloridablanca.gov.co |
| 4. Andres Román Delgado Herrero                                                                                                                                                                                                           | 1095821132     | Secretaría Salud Floridablanca       | Profesional Especialista |  | 3104065885 | andresdelgado2194@gmail.com                          |
| 5. Sharite Daniela Mantillo Escobar                                                                                                                                                                                                       | 1098785235     | Secretaría Salud Floridablanca       | U11                      |  | 3143309995 | hdm.12.mantillo@gmail.com                            |
| 6.                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                      |                          |                                                                                      |            |                                                      |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                      |                          |                                                                                      |            |                                                      |
| 8.                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                      |                          |                                                                                      |            |                                                      |
| 9.                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                      |                          |                                                                                      |            |                                                      |
| 10.                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                      |                          |                                                                                      |            |                                                      |

|                                                                                   |                            |  |                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|---------------------|------------|
|  | <b>REGISTRO DE REUNION</b> |  | CÓDIGO              | AP-405-128 |
|                                                                                   |                            |  | VERSIÓN             | 5          |
|                                                                                   |                            |  | FECHA DE APROBACIÓN | 10/05/2020 |
|                                                                                   |                            |  | PLAZA               | 1 de 1     |

| SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER – GRUPO DE LABORATORIO DITAL DE SALUD PÚBLICA                                                                                                                                                                                           |                |                                   |                                                                             |                     |                |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|------------------------------|
| Lugar: LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA                                                                                                                                                                                                                        |                |                                   | Fecha: 19/04/2024                                                           |                     | Hora: 08:00 am |                              |
| Objetivo: Repasar el formato y procedimientos de salud ambiental de los municipios de Floridablanca y Palmarocha en la importancia de los análisis físico-químicos y microbiológicos relacionados a las muestras de ambiente y agua potable recibidos en el laboratorio. |                |                                   |                                                                             |                     |                |                              |
| Tema(s) a Tratar: Resolución 1407 de 2022 – Higiene y H.                                                                                                                                                                                                                 |                |                                   | Responsable(s): Vianey Rutila – Ana Borrero<br>Ayde Lopez – Sandra Boniquez |                     |                |                              |
| Asistentes                                                                                                                                                                                                                                                               | Identificación | Dependencia                       | Nivel Jerárquico                                                            | Firma               | Teléfono       | Correo Electrónico           |
| 1. Maria Canela Moreno Aguillo                                                                                                                                                                                                                                           | 1098813963     | Secretaría de Salud Floridablanca | Profesional                                                                 | Maria Canela Moreno | 3183346310     | cancanmoreno98@gmail.com     |
| 2. Tolano Silvio Lora                                                                                                                                                                                                                                                    | 6645354        | Gerencia de Salud y Bienestar     | Tecnólogo                                                                   | Tolano Lora         | 318888862      | t.lora@hotmail.com           |
| 3. Ximena Gomez Ortiz                                                                                                                                                                                                                                                    | 1098743125     | Secretaría de Salud Palmarocha    | Profesional                                                                 | Ximena Gomez Ortiz  | 3188833593     | ximengomezortiz@gmail.com    |
| 4. Elmo Luis Pineda B                                                                                                                                                                                                                                                    | 1102350501     | S.C. Salud y Bienestar            | Profesional                                                                 | Elmo Luis Pineda    | 3164613661     | elmo1212@gmail.com           |
| 5. Karen Yuleidy Martinez Alvarez                                                                                                                                                                                                                                        | 1102379063     | Secretaría de Salud Palmarocha    | Profesional                                                                 | Karen Martinez      | 3103292500     | karenmartinezemp@gmail.com   |
| 6. Diana Marcela Jimenez Vega                                                                                                                                                                                                                                            | 1102372365     | Secretaría de Salud Palmarocha    | Profesional                                                                 | Diana Jimenez       | 3122277119     | dianajimenez20@gmail.com     |
| 7. Tigris Flores                                                                                                                                                                                                                                                         | 1102367539     | Gerencia de Salud y Bienestar     | Tecnólogo                                                                   | Tigris Flores       | 3124484883     | moltiflores@hotmail.com      |
| 8. Christiana Vargas                                                                                                                                                                                                                                                     | 1099210314     | S.C. Salud y Bienestar            | Profesional                                                                 | Christiana Vargas   | 312225129      | christianavargas23@gmail.com |
| 9. Freddy Macareo Rodriguez                                                                                                                                                                                                                                              | 109560225      | S.C. Floridablanca                | Profesional                                                                 | Freddy Macareo      | 3102964440     | Freddymacareo@gmail.com      |
| 10. Hana Ayenda Contreras Hernandez                                                                                                                                                                                                                                      | 1098904761     | S.C. Floridablanca                | Profesional                                                                 | Hana Ayenda         | 3102640241     | hayanayenda@gmail.com        |

9. Cumplir con las demás obligaciones sanitarias delegadas por el supervisor asignado.

- ACTIVIDAD REALIZADA EL DÍA 3 DE ABRIL JORNADA DE INSPECCIÓN Y DETERMINACIÓN DE POSIBLES FACTORES DE RIESGO QUE FACILITAN EL DESARROLLO DEL VECTOR TRANSMISOR DEL DENGUE AEDES AEGYPTI ( OBRA INCONCLUSA CENTRO DE BIENESTAR ANIMAL DE FLORIDABLANCA)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTA DE INSPECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN  | CÓDIGO                                             | GD-4-02    |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|--------------|---------------|--------|---------|----------|---------|------|-----|------|-----|------|-----|---|---|---|---|---|---|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL         | VERSIÓN                                            | 02         |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PROCESO: GESTIÓN INTEGRAL DE LA SALUD | FECHA ELAB.                                        | 10/05/2020 |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       | FECHA APROB.                                       | 19/05/2020 |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| FECHA: 3 de abril 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       | LUGAR: Centro de Bienestar Animal de Floridablanca |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| ACTIVIDAD: Visita de inspección y caracterización de posibles factores de riesgo que facilitan el desarrollo del vector transmisor del dengue Aedes Aegypti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       | TRD: 200                                           |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| HALLAZGOS O TEMAS A TRATAR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                    |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| <p>1. El personal técnico de la Secretaría de Salud del municipio de Floridablanca, se dio inicio al centro de bienestar animal de Floridablanca para dar a conocer los posibles factores de riesgo que facilitan el desarrollo del vector transmisor del dengue Aedes Aegypti.</p> <p>2. Se realizó una inspección del centro de bienestar animal de Floridablanca para dar a conocer los posibles factores de riesgo que facilitan el desarrollo del vector transmisor del dengue Aedes Aegypti.</p> <p>3. Se realizó una inspección del centro de bienestar animal de Floridablanca para dar a conocer los posibles factores de riesgo que facilitan el desarrollo del vector transmisor del dengue Aedes Aegypti.</p> |                                       |                                                    |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| <table border="1"> <tr> <th>Tanques Agua</th> <th>Tanques Bolas</th> <th>Llaves</th> <th>Plantas</th> <th>Diversos</th> <th>Totales</th> </tr> <tr> <td>Ins.</td> <td>As.</td> <td>Ins.</td> <td>As.</td> <td>Ins.</td> <td>As.</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |                                                    |            | Tanques Agua | Tanques Bolas | Llaves | Plantas | Diversos | Totales | Ins. | As. | Ins. | As. | Ins. | As. | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 |
| Tanques Agua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tanques Bolas                         | Llaves                                             | Plantas    | Diversos     | Totales       |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| Ins.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | As.                                   | Ins.                                               | As.        | Ins.         | As.           |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0                                     | 0                                                  | 4          | 0            | 4             |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |                                                    |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| <p>1. Se requiere en urgente tener acceso directo al agua potable en los tanques del centro de bienestar animal de Floridablanca.</p> <p>2. Es necesario implementar medidas de mantenimiento de saneamiento.</p> <p>3. Se requiere la implementación de inspecciones en todo el centro de bienestar animal de Floridablanca.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                                    |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| PARTICIPANTES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                                    |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |
| <p>Freddy Macareo Rodriguez</p> <p>Ximena Gomez Ortiz</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                                    |            |              |               |        |         |          |         |      |     |      |     |      |     |   |   |   |   |   |   |





- PARTICIPACIÓN EN EL COMITE DE IVC DE CARNES Y DERIVADOS DE PRODUCTO CARNICOS REALIZADO POR LA SECRETARÍA DE AGRICULTURA Y SECRETARÍA SE SALUD DEPARTAMENTAL.

| Lugar:                                                                                                              |                | Fecha:                                           |                        | Hora:         |            |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|------------------------|---------------|------------|--------------------------------------|
| Sala de juntas Despacho del Sr. Gobernador                                                                          |                | 08-4-2024                                        |                        | 2:30pm        |            |                                      |
| Objetivo: Plan de contingencia Vigencia 2024                                                                        |                |                                                  |                        |               |            |                                      |
| Tema(s) a Tratar: Comité de IVC de carnes, y productos carnicos                                                     |                |                                                  |                        |               |            |                                      |
| Responsable(s): Secretaria de Agricultura, y Secretaria de Salud Deptales Dr. Jorge Eli Suarez - Inj. Claudia Uribe |                |                                                  |                        |               |            |                                      |
| Asistentes                                                                                                          | Identificación | Dependencia                                      | Nivel Jerárquico       | Firma         | Teléfono   | Correo Electrónico                   |
| 1. Ana Celina Castellanos Velando                                                                                   | 63342388       | Agricultura                                      | Secretaria de despacho | [Firma]       | 3154470234 | in.ana.castellanos@sanandrea.gov.co  |
| 2. Cristian David Uribe D.                                                                                          | 1098709557     | Secretaria de Salud                              | Profesional            | [Firma]       | 3183273416 | Cris.Uribe94@hotmail.com             |
| 3. Doris Guzmán                                                                                                     | 63326701       | Salud Ambiental                                  | Asesor                 | [Firma]       | 31520534   | doris.guzman@hohu.com                |
| 4. Ingrid Paola Niño E                                                                                              | 1095941744     | Directora Salud Ambiental y Población vulnerable | SLSGIRON               | Ingrid Niño E | 3177998955 | saludambiental@iron-santander.gov.co |
| 5. Daniel Michel Agudelo Trojillo                                                                                   | 1005234495     | salud ambiental                                  | Profesional MUZ        | [Firma]       | 3128108267 | michel.agudelo02@gmail.com           |
| 6.                                                                                                                  |                |                                                  |                        |               |            |                                      |
| 7.                                                                                                                  |                |                                                  |                        |               |            |                                      |
| 8.                                                                                                                  |                |                                                  |                        |               |            |                                      |
| 9.                                                                                                                  |                |                                                  |                        |               |            |                                      |

| Lugar:                                                                                                              |                | Fecha:           |                  | Hora:   |            |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|------------------|---------|------------|------------------------------------|
| Sala de juntas Despacho del Sr. Gobernador                                                                          |                | 08-4-2024        |                  | 2:30 pm |            |                                    |
| Objetivo: Plan de contingencia Vigencia 2024                                                                        |                |                  |                  |         |            |                                    |
| Tema(s) a Tratar: Comité de IVC de carnes y productos carnicos comest.                                              |                |                  |                  |         |            |                                    |
| Responsable(s): Secretaria de Agricultura, y Secretaria de Salud Deptales Dr. Jorge Eli Suarez - Inj. Claudia Uribe |                |                  |                  |         |            |                                    |
| Asistentes                                                                                                          | Identificación | Dependencia      | Nivel Jerárquico | Firma   | Teléfono   | Correo Electrónico                 |
| 1. Claudia Uribe C.                                                                                                 | 08246476       | Salud Amb        | coord.           | [Firma] | 3163343269 | ca.uribe@bentandiego.gov.co        |
| 2. Jorge Elmer Camacho A.                                                                                           | 1101688221     | Salud ambiental  | profesional      | [Firma] | 3164532134 | ins-jorsetermua@bentandiego.gov.co |
| 3. Jorge Hely Suarez B.                                                                                             | 7181221        | SADER            | Profesional      | [Firma] | 3132687761 | h.suarez@bentandiego.gov.co        |
| 4. Jorge Hely Suarez B.                                                                                             | 19556570       | SADER            | Profesional      | [Firma] | 3108333333 | h.suarez@bentandiego.gov.co        |
| 5. Freddy MACAREO RODRIGUEZ                                                                                         | 1095808255     | Salud Ambiental  | Profesional      | [Firma] | 3102969490 | saludambiental@flordelhuac.gov.co  |
| 6. Roman T. Ariza A                                                                                                 | 13761685       | INVIMA           | coord.           | [Firma] | 310224372  | romana@invima.gov.co               |
| 7. Jorge Eliecer Lopez G.                                                                                           | 1354509        | INVIMA           | Profesional      | [Firma] | 3167878124 | jlopezgo@invima.gov.co             |
| 8. Myriam Bolívar                                                                                                   | 80086805       | PONAL SETES      | Jefe             | [Firma] | 3202274970 | policia.gov.co                     |
| 9. Diego f. Anaya                                                                                                   | 168910903      | PONAL - POLFA    | Analista         | [Firma] | 314769970  | polfa.dfoe.phia.gov.co             |
| 10. Diego Teller Fina                                                                                               | 1012333169     | Policia Nacional | Analista         | [Firma] | 3175524715 | desanobigato@policia.gov.co        |



Sin otro particular

A handwritten signature in black ink, reading "Fredy Antonio Macareo Rodriguez".

**FREDY ANTONIO MACAREO RODRIGUEZ,**  
Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.095.808.255** expedida en **Floridablanca**.