

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.130.680.147

RUIZ LARA

APELLIDO

HECTOR FABIO

EDAD


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1987

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

G.S. RH

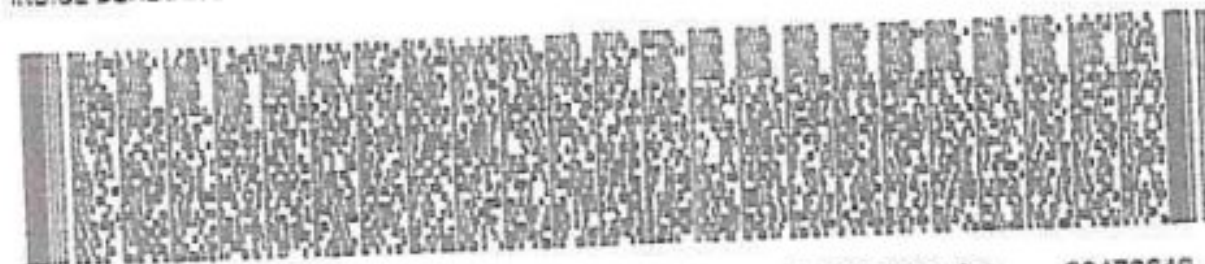
M

SEXO

01-FEB-2007 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100100-00435272-M-1130680147-20130510

003298881A 1 39476649



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 1130680147

NOMBRE

HECTOR FASÍO RUIZ LARA

FECHA DE NACIMIENTO

22-07-1987

FECHA DE EXPIRACIÓN

22-04-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

SANGRE-TIPO

O+

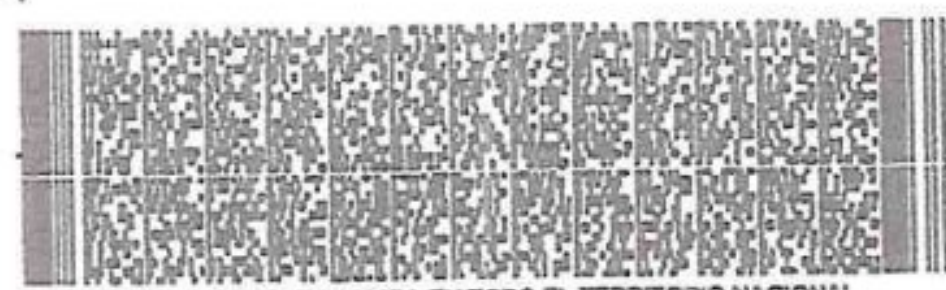


ORGANISMO DE TRÁNSITO EMISOR

STRIA TROYTE YUMBO

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	22-04-2021	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	22-04-2021	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
1 007000379826



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE



Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10024179143

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
SMW209	HAFEI	ZHONGYI HFJ6371B	2008
CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO	
970	BLANCO	PÚBLICO	
CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	PANEL	GASOLINA	970
NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN	
DA465Q7A189873HD3	N	*****	
NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
LKHCH1AG98AK01215	N	*****	N
PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN		
RUIZ LARA HECTOR FABIO	C.C. 1130680147		

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
0

POTENCIA HT

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
07060270273854

FECHA IMPORT.
05/09/2008

PUERTAS
4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

12/12/2008

07/10/2021

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE MCPAL GUACARI



LT07000855310



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

RUNT
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 162027227

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA LA ALBORADA S.A.S

NIT: 901162634

No. de Certificado de
Acreditación: 19-OIN-054

Fecha de expedición: 2022/10/11

Fecha de vencimiento: 2023/10/11

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SMW209

CLASE: CAMIONETA

MARCA: HAFEI

MODELO: 2008

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 970

NRO. MOTOR: DA465Q7A189873HD3

NRO. CHASIS:

VIN:

LÍNEA: ZHONGYI HFJ6371B

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: HECTOR F. RUIZ L.

FIRMA DEL RESPONSABLE

GERARDO ANTONIO CEBALLOS GONZALES



FECHA DE EXPEDICIÓN: 2023 04 17
VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL: 2023 04 18
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL: 2024 04 17



SEGUROS
COMPLEMENTARIOS
BOLÍVAR

No. DE POLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
8901024749501	SMW209	CAMIONETA	PÚBLICO	970	2008
PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA			
2	HAFEI	33 - PANEL			
LÍNEA VEHICULO	ZHONGYI HFJ6371B				
No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.		
DA465Q7A189873HD3		0	.97		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR		TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
HECTOR FABIO RUIZ LARA		3183097361	CC	1130680147	SANTIAGO DE CALI
CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN	
44681	8901	44681	8901024749501	BOGOTA	
TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT	AMPAROS POR VICTIMA	HASTA
212	\$576,200.00	\$299,600.00	\$2,100.00	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 ¹
TOTAL A PAGAR				B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	701,68 ²
\$877,900.00				C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77
				D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	180
					750
FIRMA AUTORIZADA				UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)	
				SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES	

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

El SOAT digital, es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El SOAT digital es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.
- El SOAT digital es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.
- El SOAT digital es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.

En caso de accidente de tránsito:

- El SOAT digital es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.
- El SOAT digital es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.
- El SOAT digital es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.

Texto habeas data

El SOAT digital es una herramienta que facilita portabilidad y usabilidad para todas las personas.



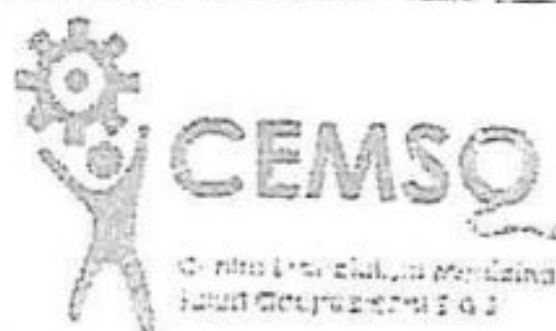








CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT: 900738322-1



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 18512768-122110
INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	21/10/2022	CALI	Tipo de Examen:	INGRESO			
Paciente:	HECTOR FABIO RUIZ LARA			Identificación:	1.130.680.147		
Género:	MASCULINO	Edad:	35	Teléfono:		Móvil:	3183097351
Fecha Nacimiento:	22-07-1987		Cargo:	CONDUCTOR			
Estado Civil:	UNION LIBRE		EPS:	COMFANDI			
Dirección:	CALLE 37 # 10-76 B/ EL TROCAL		AFP:	NO REPORTA			
Escolaridad:	TECNICO		ARL:	SURA			
Empresa:	PARTICULAR		Antigüedad en el Cargo:	7 AÑOS			
Dirección Empresa:	AV 2N 24N 31						
Actividad Económica:	ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO.						

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DIA, VALORACION POR NUTRICION EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dra. Luz Elena Vargas A.
Especialista Salud Ocupacional
Lic 1650-05-02-18 S.S.D.



LUZ ELENA VARGAS AGUIDELO

HECTOR FABIO RUIZ LARA

1.130.680.147

Firma y cédula del Paciente

1650-2018

Medico Especialista en Salud Laboral

Impreso: 21/10/2022

AV. 2 N # 24 N 71 TELS: 4837057 E-Mail: servicioscliente@cernocali.com Cali - Colombia

Impreso por Software S.M.E.C.T. Salud Laboral www.agalida.com.co

7. EXAMEN MÉDICO

PESO	85	ESTATURA	1.76	DIESTRO	X	SINIESTRO		AMBIDIESTRO	
VISIÓN	AGUDEZA VISUAL	SIN LENTES	DERECHO 20/	IZQUIERDO 20/	AMBOS 20/	X			
		CON LENTES	DERECHO	IZQUIERDO 20/	AMBOS 20/				
	EVIDENCIA DE ENFERMEDAD O LESIÓN	DERECHO		IZQUIERDO					
	COLOR TEST	DERECHO		IZQUIERDO					
	REFLEJOS	DERECHO		IZQUIERDO		Normal			
AUDICIÓN	OÍDO DERECHO	Normal		OÍDO IZQUIERDO		Normal			
	ENFERMEDAD O LESIÓN	NO							

1. AUDIOMETRICO (SI EL TEST AUDIOMETRICO ES USADO PARA EL TEST DE AUDICIÓN)

DE MENOS DE 500 Hz	DE 1000 Hz	DE 2000 Hz
--------------------	------------	------------

CONDICION	Normal		AMIGDALAS	Normal		
CORAZÓN	RITMO	Normal	FREC. CARDIACA	70	RUIDOS CARDIACOS	Normal
PULSO	ANTES DEL EJERCICIO		DESPUÉS DEL EJERCICIO		TENSION ARTERIAL	130/80
PULMONES	Normal		No ruidos		Sobresuoresos	
CICATRICES QUIRÚRGICAS	NO	MASAS	NO	HERNIAS	NO	
INTESTINALES	Normal					
GENITO-URINARIO	Normal		CICATRICES		NO	
OSTEOMUSCULARES	MIEMBROS SUPERIORES		MIEMBROS INFERIORES		Normal	
EXTREMIDADES	SUPERIORES	Normal	INFERIORES	Normal	COLUMNA	Normal
REUMATISMOS	PATULAR	Normal	PUTILAR	Normal	ACOMODACIÓN	Normal
PRESENTACIONES	Paciente que no parece enfermo de infecciones					
Puede vivir en comunidad						

EL ASPIRANTE DEL EMPLEO ES	DEBE RENUNCIAR A PRESENTACIONES	DEBE RECIBIRSE
SI ☒ NO APTO ☐	SI ☐ NO ☒	SI ☒ NO ☐

DECLARACIONES DE PRESENTACIONES

1. NO NECESARIA LA RENUNCIA RESPECTO A PERSONAL QUE INGRESA A EMPRESA AFILIADA AL ISSA QUE ESTA ENTIDAD ATIENDE LAS PRESENTACIONES RENUNCIABLES EN CONCEPTO DEL SUSC. 110 DEL CO; EL ASPIRANTE

2. LAS SIGUIENTES PRESENTACIONES, SEGÚN LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 340 DEL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO

EL MÉDICO REG. MINSALUD No.	FIRMA DEL TRABAJADOR C.C. No.
	 1130 660 147

RENUNCIA VOLUNTARIA DEL SEGURO DE VIDA: Por tener el trabajador mas de 50 años de edad, manifiesta que para su ingreso a la empresa renuncia al seguro de vida obligatorio, según lo previsto en el artículo 340 del Código Sustantivo del Trabajo. ENTRUSIONES PARA PATRONOS NO AFILIADOS AL ISSA. 1º) Los trabajadores mayores de 50 años de edad pueden renunciar al seguro de vida colectivo obligatorio, sin intervención del ISSA, según el artículo 340 del código sustantivo Ley 15 de 1958 3º) Respecto a los demás trabajadores, en el examen médico de ingreso se ponen de manifiesto perturbaciones o deficiencias orgánicas, fisiológicas o psicológicas que impliquen riesgos que con probabilidad conduzcan a la invalidez o enfermedad existente en el momento de ingreso procede la renuncia de las respectivas prestaciones según los artículos 341 y 342 del C.S.T. laboral colombiano 3304.3306.3307 LEGIS). Para este efecto debe formularse la solicitud de renuncia de prestaciones en un papel común suscrita por el patrono y el trabajador, dirigida a la División del Ministerio de Salud y Bienestar Social de Medellín. Médico de Admisión; este se devuelve después a la empresa. 4º) Las renunciaciones son autorizadas por la división de medicina Industrial en Santa Fe de Bogotá, o por alguna de sus oficinas en Bogotá, Medellín, Cali, Manizales, Santa Marta, Soledad o Barranquilla. En otras ciudades es necesario presentar la solicitud ante la División EN Santa Fe de Bogotá, por intermedio del

FIRMA DEL TRABAJADOR	TESTIGO	TESTIGO
CC.NIT	CC.NIT	CC.NIT

SALUD

Centro Médico
 TEL. 405.019.703-3
 SEDE ORIENTE Cra: 28F No. 72U - 62
 Frente al Hospital Carlos Holmes
 426 5808 426 2407
 SEDE NOROCCIDENTE Cra: 1G No. 64 A - 22
 Frente al Centro de Salud La Rivera
 426 2412 - 447 2410

EXAMEN MÉDICO ADMINISTRATIVO

Formulario 001 V:01 07-May/15

TELÉFONO

SOLICITUD No.

CIUDAD Y FECHA

Cali 16/10/20

SE DEBE PRACTICAR EL EXAMEN MÉDICO. EL PORTADOR DE LA PRESENTACIÓN ASPIRANTE DEBE VERIFICAR EN NUESTRA EMPRESA
 LA VERDAD DE LA INFORMACIÓN COMPLETAMENTE ESTA FORMA Y DEVOLVERNOS LA FIRMADA CON EL SELLO CORRESPONDIENTE

Hector Fabio Ruiz Lara
 7.130.680.147
 Expedida en Cali
 Conductor

ATENCIÓN

FIRMA

Hector Fabio Ruiz Lara NATURAL DE Cali 34
 Vive libre. SEXO F M X DOMICILIO ACTUAL Calle 37 #10-76 3168984099 16/10/20
 RES
 Made Hipertensor.
 Niegu.

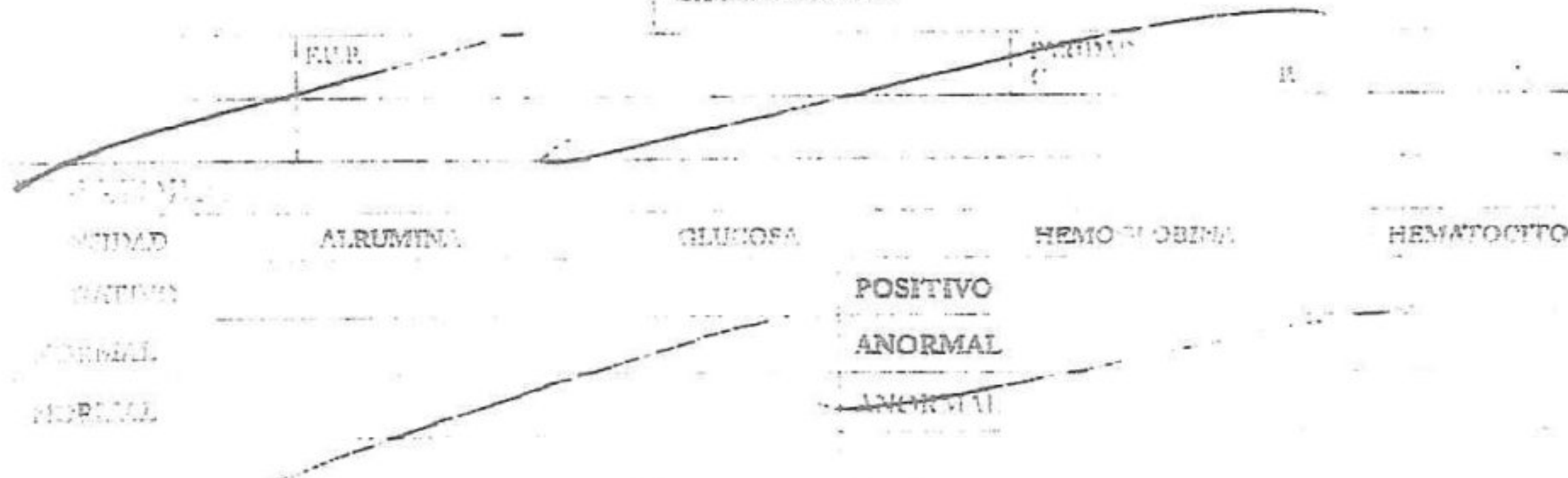
ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO	HISTORIA DE SALUD	SI	NO	HISTORIA DE SALUD
✓ O ESPINAL	☐	☒	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	☐	☒	ASTHMA
✓	☐	☒	VENÉREAS	☐	☒	ENFERMEDAD RENAL
✓	☐	☒	DERMATOLÓGICAS	☐	☒	ENFERMEDAD MUSCULAR
✓	☐	☒	DIABETES	☐	☒	DEFORMIDAD PERMANENTE
✓	☐	☒	ÚLCERA GASTRODUODENAL	☐	☒	DESORDEN PSIQUIÁTRICO
✓	☐	☒	FIEMRE REUMÁTICA	☐	☒	DESORDEN NEUROLÓGICO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Niegu

C. MESTRUALES

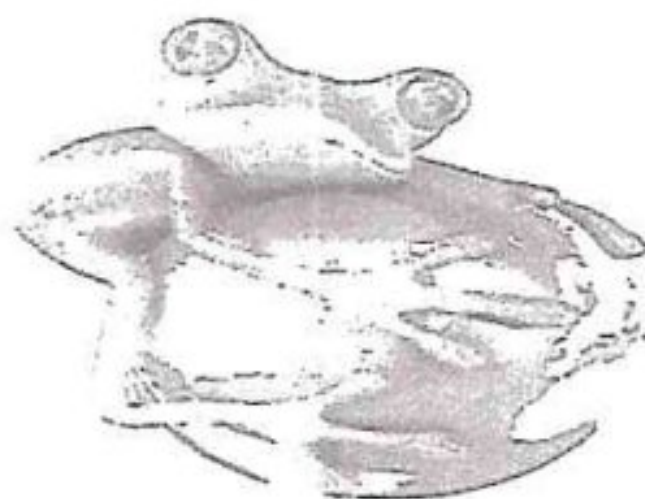


	MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA SALUD MUNICIPAL		Código: GSM-SP-01-FO059		
	PROCESO: SALUD PÚBLICA		TRD:		
	SUBPROCESO: ALIMENTOS Y BEBIDAS		Versión: 00		
	REGISTRO: ACTA DE INSPECCIÓN SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO E INSTRUCTIVO PARA VEHÍCULOS TRANSPORTADORES DE ALIMENTOS		Fecha de emisión: Diciembre 14 de 2016		
CIUDAD	YUMBO	FECHA	26-05-2023		
ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD	SECRETARÍA DE SALUD DE YUMBO				
IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO					
*CAMPO OBLIGATORIO					
*NOMBRE DEL PROPIETARIO		HECTOR FABIO RUIZ LARA			
*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ X ☐ NIT ☐		Número de documento 1130680147			
*PLACA DEL VEHÍCULO		SMW209			
TELÉFONOS		*NÚMERO DE INSCRIPCIÓN 10024179143			
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO		SIN DATO			
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN		VEREDA EL INGENIO			
*DEPARTAMENTO		VALLE DEL CAUCA			
*CLASE DEL VEHÍCULO:		*MUNICIPIO YUMBO			
*MARCA		*MODELO 2008			
*TIPO DE ALIMENTO TRANSPORTADO		*COLOR BLANCO			
SISTEMA DE REFRIGERACIÓN:		NO PERECEDEROS			
*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO		*NÚMERO DE TRABAJADORES 2			
LUNES - DOMINGO 24 HORAS					
CONCERTO SANITARIO DE LA ÚLTIMA VISITA					
FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	FAVORABLE	X	% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN 100%		
	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS				
	DESFAVORABLE				
MOTIVO DE LA VISITA					
PROGRAMACIÓN	SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS		
SOLICITUD OFICIAL	EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.		
OTRO	Especifique:				
EVALUACIÓN					
CALIFICACIÓN					
Acceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar				
Acceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar				
Inacceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar				
Critico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores				
CONDICIONES SANITARIAS DEL VEHÍCULO					
1	DISEÑO DE LA UNIDAD DE TRANSPORTE	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Diseño sanitario del vehículo. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 365, 367, 368, 369 y 373. Decreto 616 de 2006 Art. 57, Art. 58 y Art. 59. Resol. 2674/2013, Art. 29, Núm. 5 y 9.	12	6	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta			
2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	Condiciones de los utensilios. (Decreto 561 de 1984, Art. 98. Decreto 2278/1982 Art. 366 y 368. Resolución 2505 de 2004, Art. 4. Resol. 2674/2013, Art. 29, Núm. 1 y 5, Art. 9, Núm. 1, 2. Resoluciones 663, 4142 y 4143 de 2012.	12	6	0	C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta			
3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	Estado de salud. (Resol. 2674/2013, Art. 11, Núm. 5, Art. 14 Núm. 12.)	13	6,5	0	C
3.2	Reconocimiento Médico (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	4	2	0	C

3.3	Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	13	6,5	0		C
3.4	Educación y Capacitación (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	6	3	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 36% del total del acta				
4	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
4.1	Limpieza del vehículo. (Resolución 2674/2013, Art. 29, Núm. 4 y 5.)	15	7,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 15% del total del acta				
5	VERIFICACIÓN SOBRE EL PRODUCTO	A	AR	I	HALLAZGOS	CRÍTICO
5.1	Condiciones de conservación del producto. (Decreto 2279/1992, Art. 369, 359, 373. Decreto 561 de 1984, Art. 89, 97, 98, 99. Resol. 2674/2013, Art. 29, Num. 6, 7, 8. Art. 30. Parágrafo 1 y 2.)	20		0		C
5.2	Empaque, Rotulado y vida útil. (Decreto 561 de 1984, Art. 73. Decreto 5109 de 2005. Resol. 2674/2013, Art. 19, Numeral 2. Art. 29, Núm. 1.)	5	2,5	0		C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE		La calificación del bloque corresponde al 25% del total del acta				
II. CONCEPTO SANITARIO						
% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Se califica con una nota (0) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO		En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.	
100%	X	FAVORABLE	90-100%			
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%			
		DESFAVORABLE	< 59,9%			
III. RELACION DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO						
NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS						
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS						
IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS						
Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.						
V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD						
Si	No	Cuál:				
VI. OBSERVACIONES						
Por parte de la autoridad sanitaria:						
NINGUNA						
Por parte del establecimiento:						
NINGUNO						
VII. NOTIFICACIÓN DEL ACTA						
Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, 26 de 05 de 23 en la Ciudad de YUMBO.						
POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA						
FIRMA:		FIRMA: DIANA XIMENA GAVIRIA PIZARRO				
NOMBRE: JAINER SAAVEDRA BÉTANCOURT		NOMBRE: DIANA XIMENA GAVIRIA PIZARRO				
CÉDULA: 6320011		CÉDULA: 31486624				
CARGO: TECNICO AREA DE SALUD		CARGO: CONTRATISTA				
INSTITUCIÓN: SECRETARIA LOCAL DE SALUD		INSTITUCIÓN: SECRETARIA LOVAL DE SALUD				
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO						
FIRMA:		FIRMA:				
NOMBRE:		NOMBRE:				
CÉDULA:		CÉDULA:				
CARGO:		CARGO:				

YUMBO, 10 DE MAYO DEL 2023

FUMIGACIÓN NOMÁS PLAGAS



Protegemos su salud y la del medio ambiente

CERTIFICACION

CERTIFICAMOS QUE, EL VEHICULO IDENTIFICADO CON LA PLACA SMW209, REALIZO EL CONTROL INTEGRADO DE VECTORES PLAGA DE TODO EL VEHICULO EN GENERAL EL DIA 10 DE MAYO DE EL AÑO EN CURSO ENCONTRANDOSE BAJA INFESTACION DE PLAGA Y DESINFECCIÓN DEL VEHICULO.

LOS QUIMICOS UTILIZADOS SON DE CATEGORIA III, AUTORIZADOS POR LA SECCIONAL DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA, SEGÚN DECRETO 1843 DE 1991.

CLASE	NOMBRE	FABRICA
INSECTICIDA	FENDONA	BASF QUIMICA
INSECTICIDA	DEMON 40 WP	BASF QUIMICA

Cordialmente,

JUAN GUILLERMO CARMONA DIAZ
Gerente

CERTIFICACION SANITARIA VIGENTE
TEL. 378 05 50 CEL. 3167050686

Nombre : HECTOR FABIO RUIZ LARA
 ID : 1.130.680.147
 Edad : 35A 10M 21D
 Fecha Nac.: 22/07/1987
 Medico :

Fecha Recepción : 21/10/2022 02:49:36 p.m.
 Fecha Impresión : 21/10/2022 05:08:52 p.m.
 Empresa : PARTICULAR - 01
 Código Interno : 220604122

INFORME DE RESULTADOS

ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
----------	-----------	--------	---------------------

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

Metodo: Microscopia

COLOR	AMARILLO
CONSISTENCIA	BLANDA
OLOR	FUERTE
MUCUS	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO
EXAMEN MICROSCOPICO	
GLODULOS ROJOS	NEGATIVO
LEUCOCITOS	NEGATIVO
HONGOS (LEVADURAS)	NEGATIVO
BLASTOCYSTIS SSP	NEGATIVO
FLORA BACTERIANA	MODERADA

COLORACION GRAM FROTIS NASOFARINGEO

Metodo: Microscopia

RESULTADO	SE OBSERVA FLORA BACTERIANA NORMAL
-----------	------------------------------------

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) DE DIFERENTES PARTES LESIONES MUESTRAS

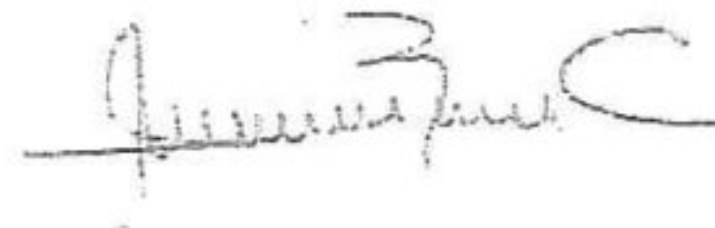
Metodo: Microscopia

KOH

Tipo de Muestra: UÑAS MANOS

Resultado: Negativo para estructuras micóticas en la muestra analizada.

Fin del reporte



Responsable: Patricia Stella Rojas Cerón
 REGISTRO 10824 BACTERIOLOGA
 Fecha de validación: 4/06/2022 11:39:28 a. m.

Se
Se



CERTIFICACION
MANIPULACION DE ALIMENTOS

El presente documento es una copia de la certificación expedida por el
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Calidad (ICONTEC) a la empresa
que se menciona a continuación.

HECTOR FABIO RUIZ LARA

C.C. 1.130.680.147

Expedición: 6 SEP 2022

Vence: 6 SEP 2023

Se
Se



CERTIFICACION
MANIPULACION DE ALIMENTOS

El presente documento es una copia de la certificación expedida por el
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Calidad (ICONTEC) a la empresa
que se menciona a continuación.

Calle 63 No. 11 - 45 Of. 402 3000 - 895 - 3000 - 896

REPRESENTANTE LEGAL BACTERIOLOGA
UNIDAD ALIMENTARIA Y SALUD