**ACTA DE ACOMPAÑAMIENTO A TOMA DE MUESTRAS DE AGUA CRUDA**

En cumplimiento con lo establecido en el Artículo 5, Numeral 1, de la Resolución 4716 de 2010, “Por medio de la cual se reglamenta el parágrafo del Artículo 15 del Decreto 1575 de 2007” y, en el proceso de elaboración del mapa de riesgos de la fuente abastecimiento denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicada en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,se realiza acompañamiento por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, a la actividad de toma de muestras de agua de la fuente en mención sobre la bocatoma o estructura de captación del acueducto operado por la persona prestadora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En concordancia con lo consignado en el Anexo Técnico I. Listado de Sustancias a Monitorear, notificado por la Secretaria de Salud de Cundinamarca, la persona prestadora ha coordinado previamente la realización de la actividad de análisis de sustancias y toma de muestras de agua cruda con el Laboratorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que se encuentra autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez se obtenga el informe de los resultados de los análisis de laboratorio de las sustancias solicitadas, éstos deberán ser radicados en las instalaciones de la Secretaría de Salud de Cundinamarca para dar continuidad al trámite de elaboración del mapa de riesgos y autorización sanitaria de la fuente abastecimiento en mención.

La presente acta se firma por quienes en ella intervinieron en el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA:**  Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **POR PARTE DE LA PERSONA PRESTADORA:**  Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **POR PARTE DEL LABORATORIO:**  Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |