REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE SUCRE

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
SALUD PÚBLICA

F14
V001. R2017

SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA POTABLE
ACTA DE TOMA DE MUESTRA No_____

IDENTIFICACION DEL MUNICIPIO Departamento: Sucre (70) Municipio de: Área: ( )Urbano – ( )Centro Poblado – ( )Rural		**LOCALIZACION**:_____ (1) Cabecera - (2)Centro poblado no categorizado (3)Poblado o Caserío - (4)Centro poblado de corregimiento	
DATOS EMPRESA PRESTADORA			
NOMBRE DE LA EMPRESA PRESTADORA: **NIT:**		**TELEFONO**	**TIPO**: _____ (1) Pública (2) Privada (3) Mixta
N° Constancia RUPS:	Fecha Registro SSPD: Dia: Mes: Año:	**Lugar punto de toma**	**Dirección**
Descripcion punto de toma: ( ) GRIFO CASETA ( ) GRIFO ALBERCA ( ) GRIFO INTRADOMICILIARIO ( ) GRIFO PILETA ( ) ALBERCA ( )TANQUE DE ALMACENAMIENTO ( ) POZO JAGUEY ( ) AGUA SUPERFICIAL (REPRESA)	Fuente de abastecimiento: (1) Pozo Profundo (2) Manantial (3) Superficial	**Código**	**Ubicación**
Ubicado en el plano de red: ( )Si – ( )No	Punto toma concertado: ( )Si – ( )No	Código N°:	Intradomiciliario ( ) SI ( )NO
DATOS DE LA MUESTRA			
Contramuestra prestadora: ( )Si – ( )No	Tipo de PT según Res.0811-2008: ( )Punto fijo - ( )Punto de interés general ( )Punto muestreo provisional		Clasificación Punto Inicial ( ) Punto Intermedio ( ) Punto Final ( )
Fecha de la toma: D____M____A_____	Hora de la toma: H____M____( )am ( )pm	Fecha de recepción: D____M____A_____	Fecha de análisis LDSP: D____M____A_____
Muestra para: (X)Vigilancia ( )Diagnostico ( )Calidad	Tipo de agua: ( )Tratada ( )Sin tratamiento	Coagulante: ( )Si – ( )No	Desinfectante: ( )Si – ( )No Tipo Cl:
Analisis solicitado: ( )Físico - Quimico (X)Microbiológico	Muestra tomada por: **Tecnico saneamiento**	Solicitante de la muestra: **Secretaria de Salud Departamental**	Dirección: Cra 14 15A-140 B. los Libertadores Tél: 2812105
Por parte de la Empresa:	Nombre Apellido:	Cedula:	Firma:
Por parte de la DTS	Nombre: Juan Carlos	Apellido: Granados villa	Cedula:70.555.226
GEOREFERENCIA			
Coordenada Latitud N			
Coordenada Longitud O			
Dirección:			

Firma: _____

Nombre:
CC:
Cargo:
Secretaría de Salud Departamental.

Firma: _____

Nombre:
CC:
Cargo:
Empresa:

Firma: _____

Nombre:
CC:
Cargo:
LSPD.