Acta Número

E.S.E.:	Fecha:	DD	MM	AAAA
Número de carpeta:				

VISITA	DÍA	MES	AÑO	ÍNDICE DE CONDICIONES DE VIDA ICV
Visita 1				
Visita 2				

	MOTIVO DE LA VISITA	
Programación ☐	Solicitud del interesado ☐ Número de radicado:	Asociada a peticiones, quejas y reclamos ☐ Número de radicado:
Solicitud oficial ☐ Número de radicado:	Evento de interés en salud pública ☐	Solicitud de práctica de pruebas/ Procesos sancionatorios admin ☐

Otro: ☐ Especifique:

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

1.1 Nombre de quien atiende la visita:

1.2 Tipo de documento: | 1.3 Número de documento:

1.4 En calidad de: Arrendatario ☐ Propietario ☐ Administrador ☐ | 1.5 Barrio:

1.6 Localidad: | 1.7 Dirección | 1.8 Teléfono:

1.9 Tipo de vivienda : casa ☐ apartamento ☐ habitación permanente ☐ habitación paga-diario ☐ otro tipo de vivienda

1.10 Numero de personas que habitan la vivienda:

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Aspecto a verificar	Cumplimiento			Característica
2.1 Pisos: baldosa, cemento, madera, laminado, tierra, tapete, mineral, otros ¿Cual?	1	2	3	
2.2 Paredes: obra blanca, cemento, bloque, madera, latas, otros ¿Cual?	1	2	3	
2.3 Techos: teja plástica, teja zinc, teja asbesto PVC, cemento, placa fácil, otro ¿Cual?	1	2	3	
2.4 Escaleras: pasamanos, antideslizantes, resistentes, no tiene	1	2	3	
2.5 Iluminación natural y/o artificial: ventanas, claraboyas, teja plástica, no tiene	1	2	3	
2.6 Existen sifones o rejillas de drenaje adecuadas y en buen estado. ¿Cuantos sifones?, ¿Cuantos con rejilla?	1	2	3	
2.7 Las instalaciones eléctricas están adecuadamente instaladas y protegidas.	1	2	3	
2.8 Seguridad / hermeticidad de la construcción. Aberturas entre puerta y piso, aberturas entre paredes y techo, tomas eléctricas abiertas sin protección, otras	1	2	3	

3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO BÁSICO

Aspecto a verificar	Cumplimiento		Característica
3.1 Conexión a la red de acueducto.	SI	NO	
3.2 Conexión a la red de alcantarillado.	SI	NO	
3.3 Cuenta con tanque de almacenamiento de agua.	SI	NO	
3.4 El tanque de almacenamiento de agua está protegido y es de capacidad suficiente, se limpia y desinfecta periódicamente.	SI	NO	
3.5 Servicios sanitarios: numero de servicios, sanitarios-dentro, fuera de la vivienda, ninguno, orinal, letrina, sanitario con descarga, sanitario sin descarga, lavamanos,otro	SI	NO	
3.6 Orden y limpieza.	SI	NO	

3.7 Manejo de residuos sólidos: caneca, con tapa, sin tapa, con bolsa, sin bolsa, otro	1	2	3	
3.8 Disposición de residuos: servicio público, enterramiento, quema, otros predios, otro	1	2	3	
3.9 Horario recolección residuos: mañana, tarde, noche, L, M, M, J, V, S, D	1	2	3	
3.10 Manejo y disposición de residuos líquidos y excretas: red alcantarillado, pozo séptico	1	2	3	

1. Bueno	2. Malo	3. No Aplica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

CONTINUACIÓN 3. CONDICIONES DE SANEAMIENTO BÁSICO				
Aspecto a verificar	Cumplimiento			Característica
3.11 Evidencia de vectores plaga (individuos, excrementos, pupas, red alcantarillado, pozo séptico	1	2	3	
3.12 Manejo y almacenamiento de Sustancias Químicas.	SI		NO	
3.13 Presencia humedades: ubicacion en la vivienda. Cocina, habitación, sala, comedor, baño, led, mercurio, convencional, no tiene	SI		NO	

4. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Característica
4.1 Cuenta con cocina.	SI	NO	
4.2 La cocina se encuentra separada de otras áreas.	SI	NO	
4.3 Combustible usado: leña, carbón, gas, electricidad, hidrocarburos, otro ¿cual?	SI	NO	
4.4 ¿Tiene alacena?	SI	NO	
4.5 ¿Tiene nevera?	SI	NO	
4.6 Las paredes, pisos y techos son de material sanitario y se encuentran limpios y en buen estado.	SI	NO	
4.7 La cocina es compartida con otras familias o personas. ¿Cuantas personas o familias?	SI	NO	
4.8 Iluminación artificial: led, mercurio, convencional, no tiene	SI	NO	
4.9 Iluminacion natural: ventanas, claraboyas, teja plástica, no tiene	SI	NO	
4.10 Se observa limpio y desinfectado: ventanas, claraboyas, teja plástica, no tiene	SI	NO	

5. TENENCIA DE ANIMALES DOMÉSTICOS O MASCOTAS								
Clase de animal	Número	Vacunas		Número hembras	Número machos	Tenencia		Observaciones y exigencias
		SI	NO			Adecuada	Inadecuada	
5.1 Perro								
5.2 Gato								
5.3 Otro								

6. CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Característica
6.1 Niños de 6 o menos años: ¿Cuantos?	SI	NO	
6.2 Esquema de vacunación al día: ¿Cuantos?	SI	NO	
6.3 Personas por habitación: ¿Cuantos?	SI	NO	
6.4 Escolaridad jefe de hogar: Sin educación, primaria, bachillerato, Ed. Superior	SI	NO	
6.5 Educación personas 12 y mas años: Sin educación, primaria, bachillerato, Ed. Superior	SI	NO	
6.6 Asistencia escolar 12 a 18 años: Sin educación, primaria, bachillerato, Ed. Superior	SI	NO	
6.7 Escolaridad menores de 5 años: Sin educación, jardin infantil, primaria	SI	NO	
6.8 ¿Se ha presentado enfermedad diarreica aguda durante el último año en habitantes de la vivienda?	SI	NO	
6.9 ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad a uno o varios integrantes de la familia?	SI	NO	

7. IDENTIFICACIÓN ACCIONES SALUD PÚBLICA			
Aspecto a verificar	Cumplimiento		Característica
7.1 Bloques parafinados aplicados: ¿Cuantos?	SI	NO	
7.2 Metros intervenidos: ¿Cuantos?	SI	NO	
7.3 Madrigueras identificadas: ¿Cuantos?	SI	NO	
7.4 Canalizado: ¿Canalizado a?	SI	NO	

1. Bueno	2. Malo	3. No Aplica

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

8. RESULTADO DE LA CALIFICACION DE LAS CONDICIONES SANITARIAS OBSERVADAS
8.1 Indice de condiciones de vida ICV: Bajo, medio, alto
8.2 Concepto del riesgo por la presencia de Vectores:
8.3 Recomendaciones de la valoración realizada:

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

Continuación 8.3 Recomendaciones de la valoración realizada:
8.4 Observaciones de quien atiende la visita:
8.5 Observaciones de quien realiza la visita:

9. REQUIERE REMISIÓN A ENTIDAD	SI	NO	Que entidad:

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que intervinieron en la visita, hoy (día/mes/año) ___/___/____, en Bogotá D. C.

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	**POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento:	Número de documento:
Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐	Firma:
Firma:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: Acorde a lo establecido en la Ley 1801 de 2016 corresponde a las autoridades de policía el ejercicio de las acciones correctivas en el ámbito de vivienda.
NOTA 2: Este es un documento público de conformidad con lo establecido en el artículo 264 del código de procedimiento civil.
NOTA 3: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ