Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Acta de Inspección Vigilancia y Control higiénico sanitaria
a Pozos de agua para el consumo

Acta Número

E.S.E.:	Fecha:	DD	MM	AAAA

1. CÉDULA DEL ESTABLECIMIENTO		
ID Establecimiento:	Número de Inscripción:	Número de carpeta:
Razón social:		
Nombre del establecimiento:		
NIT: -DV:	Sede:	
Dirección:		
Ubicación:		
Localidad:	UPZ:	
Barrio:	Teléfonos	
Correo electrónico para notificación*		
Nombre propietario:		
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Nombre representante legal:		
Tpo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ PEP ☐ PS ☐ PTP ☐	Número documento:	
Dirección de notificación:		
Presenta matrícula mercantil del establecimiento: SI ☐ NO ☐		
Línea de intervención:		
Intervención:		
Tipo de establecimiento:		
Número de trabajadores:	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ 24 horas ☐ Otro:	
Días de funcionamiento: Lunes a viernes ☐ Domingo a domingo ☐ Fin de semana ☐ Otro:		

VISITA	DÍA	MES	AÑO	CONCEPTO	MEDIDA SANITARIA SI	MEDIDA SANITARIA NO
Visita 1						
Visita 2						
Visita 3						
Visita 4						

	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:		

*Al suministrar esta información, se autoriza la notificación electrónica

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS		
Aspecto a verificar	Cumplimiento	Hallazgos
2.1 Tipo de pozo.	A B C D E	
2.2 Sistema de bombeo.	F G H	
2.3 Tipo de planta.	I J K L M	

3. CONDICIONES		
Aspecto a verificar	Cumplimiento	Hallazgos
3.1 Protección de la bocatoma.	1 2 3 4	
3.2 Revestimiento interior.	1 2 3 4	
3.3 Sistema de bombeo.	1 2 3 4	
3.4 Sistema de conducción.	1 2 3 4	
3.5 Las características superficiales de la zona evitan contaminación.	1 2 3 4	
3.6 Existen fuentes de contaminación en un radio de 50 m.	1 2 3 4	

4. CAPTACIÓN Y POBLACIÓN BENEFICIADA		
Aspecto a verificar	Cumplimiento	Hallazgos
4.1 Cantidad de agua captada (m^3/día) promedio.		
4.2 Cantidad de agua suministrada (m^3/día) promedio.		
4.3 Realiza pruebas de laboratorio.	SI NO	
4.4 Nombre del laboratorio.		
4.5 Control de calidad.	A B C D	
4.6 Población atendida.		
4.7 Sistema de distribución.	E F G H I J	
4.8 Tipo de tuberia.	K L M	
4.9 Fecha construcción del sistema.	DD MM AAAA	
4.10 Permiso de concesión.	SI NO	
4.11 Caudal de concesión.		
4.12 Fecha de inicio de la concesión.	DD MM AAAA	
4.13 Número de la concesión.		
4.14 Entidad de la concesión.		

5. ANÁLISIS DE LABORATORIO REALIZADOS (Basados en la Resolución 2115 de 2007)				
ANÁLISIS FISICOQUÍMICO				
Características	No. Análisis/día	Promedio/mes	Aceptables	No Aceptables
5.1 Color.				
5.2 Olor y sabor.				
5.3 Turbiedad.				
5.4 Nitritos - Nitratos.				
5.5 Cloruros.				
5.6 Sulfatos.				
5.7 Hierro total.				
5.8 Dureza total - Calcica.				
5.9 Cloro Residual total.				
5.10 Cloro total libre.				
5.11 pH.				
5.12 Plaguicidas.				
5.13 Metales pesados.				
5.14 Sólidos totales.				

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	4. No Observado	A. Propio	B. Equipo de campo	C. Lab Contratado	D. Ninguno

E. Tubería	F. Gravedad	G. Manguera	H. Bombeo	I. Mixto	J. Otro	K=PVC	L=A-B	M=Otro

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

Continuación 5. ANÁLISIS DE LABORATORIO REALIZADOS (Basados en la Resolución 2115 de 2007)				
ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO				
Características	No. Análisis/día	Promedio/mes	Aceptables	No Aceptables
5.15 Aluminio.				
5.16 Arsénico.				
5.17 Bario.				
5.18 Cadmio.				
5.19 Cianuros.				
5.20 Cobre.				
5.21 Fenoles.				
5.22 Selenio.				
5.23 Aceites.				
5.24 Magnesio.				
5.25 Mercurio.				
5.26 Alcalinidad.				
5.27 Conductividad.				
5.28 Grasas.				
5.29 Zing.				
5.30 Manganeso.				
5.31 Coliformes.				
5.32 Escherichia Coli.				

NÚMERO DE PUNTOS DE MONITOREO				
Aspecto a verificar	Cumplimiento			Hallazgos
5.33 Planta.				
5.34 Distribución.				
5.35 Almacenamiento final.				
5.36 Registro de resultados.	A	B	C	

6. PRUEBAS IN SITU		
Aspecto a verificar	Cumplimiento	Hallazgos
6.1 Temperatura (ºC).		
6.2 pH (Unidades pH).		
6.3 Cloro residual libre (mg/L).		
6.4 Turbidez (NTU).		

7. EXIGENCIAS	SI	NO
7.1 Descripción de las exigencias:		

1. Cumple	2. No Cumple	3. No Aplica	4. No Observado	A. Libro	B. Sistematizado	C. Otro

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

Continuación 7.1 Descripción de las exigencias:

7.2 Concepto sanitario de la visita:	Favorable		Favorable con requerimientos*		Desfavorable	

**El establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos sanitarios establecidos en las normas vigentes, pero las condiciones sanitarias evidenciadas no conllevan a un riesgo inminente para la salud humana.*

7.3 Para el cumplimiento de los anteriores requerimientos se concede un plazo de _____días, contados a partir de día___del mes de_____de _____, que vence el día_____ del mes de _____de_____. De acuerdo a la ley 9 de 1979 y decretos reglamentarios, Ley 715 de 2001 y demás disposiciones legales vigentes.

7.4 Observaciones de quien atiende la visita:

7.5 Observaciones de quien realiza la visita:

8. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Clausura temporal total	☐	Suspensión total de trabajos o servicios	☐
Clausura temporal parcial	☐	Decomiso	☐
Suspensión parcial de trabajos o servicios	☐	Congelación	☐
Destrucción o desnaturalización	☐		

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:	

NOTA 1: "En concordancia con lo establecido en el articulo 47 de la ley 1437 de 2011, se da por comunicado que la imposición de un concepto sanitario desfavorable y/o de una medida sanitaria de seguridad de la ley 9 de 1979, se iniciará una Investigación Administrativa en Salud, conforme los términos establecidos en el articulo 52 de la ley 1437 de 2011"
NOTA 2: "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"

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

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