SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

02 Servicio o Intervención por Vectores y otros Artrópodos
03 Vigilancia Entomológica
002 Caracterización de Criaderos de Anopheles

SIVA 0203002 - E-1E

Secretaría de Salud 09
Programas Preventivos y Control de Enfermedades 02
Paludismo 02

Servicio de origen: Programa ○ Proyecto ○ Operativo ○

Nombre del servicio de origen: _____ Distrito: _____ Sector: _____

FOLIO SIVA E-1E:

Municipio: _____ Código: ☐☐☐☐☐☐☐ Localidad: _____ Código: ☐☐☐ Fecha: ___ / ___ / _____

No.	Nombre	Tipo							Presencia			Corriente				Estado				Uso						Fauna asociada						Dimensiones		Áreas en m²					Intervenciones						Puntos georreferencia			
		Presa	Río	Arroyo	Poza o charca	Lago o laguna	Estero	Depósito artificial	Permanente	Temporal	Esporádica	Nula	Lenta	Moderada	Rápida	Dulce	Salobre	Clara	Contaminada	Doméstico	Riego	Abrevadero	Pesca	Drenaje	Sin uso	Peces	Anfibios	Crustáceos	Aves	Insec. depred.	Sin fauna	Largo en metros	Ancho en metros	Soleado	Sombreado	Vegetación marginal	Vegetación acuática. Algas	Vegetación acuática. Pasto	Registro	EMHCA's	Estudio larval	Control químico: Temefos	Control químico: Alcohol E.		Número	Latitud	Longitud	Altitud
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																

0902-SIVA 0203002-2 v1.0

No.	Nombre	Tipo							Presencia			Corriente				Estado				Uso						Fauna asociada						Dimensiones		Áreas en m²					Intervenciones					Puntos georreferencia			
		Presa	Río	Arroyo	Poza o charca	Lago o laguna	Estero	Depósito artificial	Permanente	Temporal	Esporádica	Nula	Lenta	Moderada	Rápida	Dulce	Salobre	Clara	Contaminada	Doméstico	Riego	Abrevadero	Pesca	Drenaje	Sin uso	Peces	Anfibios	Crustáceos	Aves	Insec. depred.	Sin fauna	Largo en metros	Ancho en metros	Soleado	Sombreado	Vegetación marginal	Vegetación acuática. Algas	Vegetación acuática. Pasto	Registro	EMHCA's	Estudio larval	Control químico: Temefos	Control químico: Alcohol E.	Número	Latitud	Longitud	Altitud
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○				

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): Nombre:_____

Código POSS: Nombre:_____

_____

Firma

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): Nombre:_____

Código POSS: Nombre:_____

_____

Firma

(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que supervisa el servicio

Código EOSS (CLUES o Brigada): Nombre:_____

Código POSS: Nombre:_____

Supervisión: Directa ○ Indirecta ○

_____

Firma