



02 Servicio o Intervención a Poblaciones  
04 Control Vectorial  
004 Registro de Entrega de Pabellones por Familia

**FOLIO SIVA F-EP:**

Municipio: \_\_\_\_\_ Código: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Código: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Distrito: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_  
Servicio de Origen:  Programa  Operativo  Proyecto  
Nombre del Servicio de Origen: \_\_\_\_\_

No.	DDSS/ CNEP	Nombre del jefe de familia			Pabellones			
		Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Programados	Entregados	ID pabellón	Firma o huella digital

**(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que realiza el servicio**  
Código EOSS (CLUES o Brigada): [ ] Nombre: \_\_\_\_\_  
Código POSS: [ ] Nombre: \_\_\_\_\_

**(POSS) Persona Operativa de los Servicios de Salud que supervisa el servicio**  
Código EOSS (CLUES o Brigada): [ ] Nombre: \_\_\_\_\_  
Código POSS: [ ] Nombre: \_\_\_\_\_

**Supervisión:** Directa   
Indirecta