



CERTIFICACION SANITARIA MUNICIPAL O DISTRITAL
GOBERNACIÓN DECUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD

Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: CAJICA	Fecha: 2/24/2026 11:09:53 AM	
Total habitantes del Municipio o Distrito: 107713	Total de Habitantes Urbanos: 78456	Total de Habitantes Resto: 29257	
Total Personas Prestadoras Municipio o Distrito: 1	Total Conexiones Domiciliarias: 34894	Total Viviendas Municipio o Distrito: 28105	
I. ÍNDICE DE RIESGO DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO MUNICIPAL O DISTRITAL - IRCAm. IRCAm = Es el promedio ponderado de los IRCASpp del municipio o distrito.		Valor del IRCAm: 0.61889	
II. ÍNDICE DE RIESGO POR ABASTECIMIENTO MUNICIPAL O DISTRITAL - IRABAm. IRABAm = es el 60% del promedio ponderado de los IRABApp + el 40% del índice de riesgo por distribución en el municipio o distrito.		Valor del IRABAm: 2.37377	
II. 1 Promedio Ponderado de los IRABApp:		5	
II.2. Índice de Riesgo por Distribución en el municipio o distrito- IRDm = $100 - [(E1 \times \%Red) + (E2 \times \%Pilas) + (E3 \times \%Carrotanque) + (E4 \times \%Otros) + (10G)] \times 0.40$		IRDm: 1.56558	
% RED: 99.00	%PILAS: 0.00	%CARROTANQUES: 0.00	%OTROS: 1.00
E1= 90 PUNTOS	E2= 50 PUNTOS	E3 = 10 PUNTOS	E4 = 5 PUNTOS
G= Número de total de conexiones domiciliarias/Número de viviendas		1.241558441558441558	
III. BUENAS PRÁCTICAS SANITARIAS MUNICIPALES O DISTRITALES-BPSm.		Valor del BPSm: 7.00000	
IV. CALIFICACIÓN PARA EXPEDIR LA CALIFICACIÓN SANITARIA MUNICIPAL O DISTRITAL.			
Puntaje Ponderado = $0,50 \times IRCAm + 0,20 \times IRABAm + 0,30 \times BPSm$		2.88420	
Se expide certificación sanitaria municipal o distrital Favorable cuando el puntaje ponderado está entre:		0 - 10	
Se expide certificación sanitaria municipal o distrital Favorable con Requerimiento cuando el puntaje ponderado está entre:		10.1 - 40	
Se expide certificación sanitaria municipal o distrital Desfavorable cuando el puntaje ponderado está entre:		40.1 - 100	
Concepto sanitario Municipal: Favorable			
Observaciones:			
Nombre y cargo del funcionario de la autoridad sanitaria que diligenció el formulario en oficina		Firma	Fecha
HRAIA LUZENA CEPEDA C.			2026/02/24