

**DATOS GENERALES E INFRAESTRUCTURA**

**1.1 IDENTIFICACION**

Departamento Norte de Santander Municipio Cúcuta  
Corregimiento Agua Clara Cabecera/ Inspeccion/ Barrio Agua Clara  
Nombre del establecimiento IPS La Floresta  
Nivel de complejidad BAJA  
Ubicación (Dirección) \_\_\_\_\_ Teléfono (Fax) (607) 5784986  
ExEXT -400t -800-801  
IPS de referencia UBA AGUA CLARA

**CONCEPTO**

**1.2 TIPO DE INTERVENCIÓNES**

|             |                                     |                                      |                          |
|-------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| OBRA NUEVA  | <input type="checkbox"/>            | REMODELACIÓN                         | <input type="checkbox"/> |
| AMPLIACIÓN  | <input type="checkbox"/>            | REFORZAMIENTO<br>SISMICO ESTRUCTURAL | <input type="checkbox"/> |
| ADECUACIÓN  | <input checked="" type="checkbox"/> | REPOSICIÓN                           | <input type="checkbox"/> |
| TERMINACIÓN | <input type="checkbox"/>            |                                      |                          |

**L**

**1.3 OBJETO DEL PROYECTO**

ADECUACIÓN MENOR DE LA IPS LA FLORESTA UBICADA EN EL CORREGIMIENTO DE AGUA CLARA DEL MUNICIPIO DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER.

**1.4 PROPIEDAD DEL INMUEBLEEN EL CUAL SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO**

|                                               | SI                       | NO                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| EL PREDIO ES PROPIEDAD DE LA GOBERNACION ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EL PREDIO ES PROPIEDAD DEL MUNICIPIO ?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EL PREDIO ES PROPIEDAD DE LA ESE ?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EL PREDIO ES PROPIEDAD DE UN PARTICULAR?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EL PREDIO ESTA EN COMODATO? *                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EL PREDIO ES PROPIEDAD DE UN PARTICULAR?**    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EL PREDIO TIENE UNA CONDICIÓN DE POSESIÓN?*** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**OBSERVACION /DESCRIPCION GENERAL**

Actualmente se esta llevando a cabo la sana pocesion a la espera de los documentos finales.

| <b>Ministerio de Salud y Protección Social</b><br><b>República de Colombia</b><br>Dirección de Prestación de Servicios<br>Subdirección de Infraestructura en Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>CODIGO DEL PRESTADOR</b><br><table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">DEPTO</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">MUNICIPIO</td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">INSTITUCION</td> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">SEDE</td> </tr> </table> | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4                        | 0          | 0        | 1                                          | 0                                | 0                                  | 8                                             | 6                                    | 4                                            | 1                     | 8                                   | DEPTO                    |                          |                     |                                     | MUNICIPIO                |                          | INSTITUCION       |                                     |                          |                          | SEDE |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold;">1</div> | <b>FICHA DE EVALUACION</b><br><b>INFRAESTRUCTURA PÚBLICA</b><br><b>EN SALUD</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|----------|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0                        | 1          | 0        | 0                                          | 8                                | 6                                  | 4                                             | 1                                    | 8                                            |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| DEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          | MUNICIPIO  |          | INSTITUCION                                |                                  |                                    |                                               | SEDE                                 |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| CONDICIONES ACTUALES DE LA INFRAESTRUCTURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| <b>1.5 AFECTACIONES</b><br><br><b>NATURALES</b><br><br>Deslizamientos <input type="checkbox"/> Hundimiento <input type="checkbox"/><br>Inundación Total <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/><br>Inundación Parcial <input type="checkbox"/> Cual? _____<br><br>No presenta<br>afectaciones naturales <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>1.6 CONDICIONES CLIMATICAS</b><br><br><table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">CLIMA</th> <th style="text-align: left;">AMBIENTE</th> </tr> <tr> <td>Cálido <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Seco <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Templado <input type="checkbox"/></td> <td>Húmedo <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frío <input type="checkbox"/></td> <td>Salino <input type="checkbox"/></td> </tr> </table><br>Temperatura promedio _____ 3 2 °C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          | CLIMA      | AMBIENTE | Cálido <input checked="" type="checkbox"/> | Seco <input type="checkbox"/>    | Templado <input type="checkbox"/>  | Húmedo <input checked="" type="checkbox"/>    | Frío <input type="checkbox"/>        | Salino <input type="checkbox"/>              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| CLIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | AMBIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Cálido <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Seco <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Templado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Húmedo <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Frío <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Salino <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| <b>1.4.A ACCESO</b> Vía Vehicular <input checked="" type="checkbox"/> Camino peatonal <input type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/> Marítimo <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/><br><b>1.4.B DIFICULTAD DE ACCESO AL AREA</b> Baja <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| <b>1.5 DATOS JURIDICOS DE TENENCIA</b><br><br>Privado <input type="checkbox"/> Publico <input checked="" type="checkbox"/><br>Posesión <input type="checkbox"/> Arrendamiento <input type="checkbox"/><br><br>Invasión / lote público <input type="checkbox"/><br>Invasión / lote privado <input type="checkbox"/><br><br>Usufructo - Comodato <input type="checkbox"/><br><br>Tiene escritura?    SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/><br>CEDULA CATASTRAL No. _____<br>MATRICULA INMOBILIARIA No. O _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>1.6 AREAS</b><br><br>Area total lote _____ 202 _____ M2<br>Area ocupada lote _____ 119 _____ M2<br>Area construida _____ 119 _____ M2<br><br><b>1.7 TERRENO</b><br><br><table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">TOPOGRAFIA</th> <th style="text-align: left;">FORMA</th> </tr> <tr> <td>Plano <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Regular <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inclinado <input type="checkbox"/></td> <td>Irregular <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Accidentado <input type="checkbox"/></td> <td>Limites indefinidos <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          | TOPOGRAFIA | FORMA    | Plano <input checked="" type="checkbox"/>  | Regular <input type="checkbox"/> | Inclinado <input type="checkbox"/> | Irregular <input checked="" type="checkbox"/> | Accidentado <input type="checkbox"/> | Limites indefinidos <input type="checkbox"/> |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| TOPOGRAFIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | FORMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Plano <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Regular <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Inclinado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Irregular <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Accidentado <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Limites indefinidos <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| <b>1.8 EDIFICIOS</b><br><br>Actualmente en uso    SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br><br>Número de edificios _____ 1 _____<br><br>Numero de pisos _____ 2 _____    Sotano <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>1.9 EXTERIORES</b><br><br><table style="width: 100%;"> <tr> <th style="text-align: left;">Material</th> <th style="text-align: left;">B</th> <th style="text-align: left;">R</th> <th style="text-align: left;">M</th> </tr> <tr> <td>Andenes CEMENTO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vías internas ASFALTO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sardineles CONCRETO</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cerramiento MALLA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table><br>Iluminación ext. Material LED <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>Zonas de parqueo ASFALTO <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>Zonas verdes _____ B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> |                          | Material   | B        | R                                          | M                                | Andenes CEMENTO                    | <input checked="" type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>                     | Vías internas ASFALTO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sardineles CONCRETO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cerramiento MALLA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Material                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | M                        |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Andenes CEMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Vías internas ASFALTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Sardineles CONCRETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| Cerramiento MALLA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| <b>1.10 OBSERVACIONES</b> <u>ACTUALMENTA LA IPS LA FLORESTA NO CUMPLE</u><br><u>CON LAS CONDICIONES DE HABILITACION</u><br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| <b>Fecha diligencia:</b> Año <u>24</u> Mes <u>10</u> Día <u>24</u> <b>Responsable del levantamiento:</b> Arquitecto Ignacio José Bautista Mesa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |            |          |                                            |                                  |                                    |                                               |                                      |                                              |                       |                                     |                          |                          |                     |                                     |                          |                          |                   |                                     |                          |                          |      |  |                                                                                                                                                               |                                                                                 |

Ministerio de Salud y Protección Social  
República de Colombia  
Dirección de Prestación de Servicios  
Subdirección de Infraestructura en Salud

CODIGO DEL PRESTADOR

54

001

00864

18

DEPTO      MUNICIPIO      INSTITUCION      SEDE

A

2

FICHA DE EVALUACION INFRAESTRUCTURA PUBLICA  
EN SALUD

HOJA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_

ESTADO DE LA EDIFICACION

| SERVICIO<br>CONSULTA EXTERNA                         | ELEMENTOS AFECTADOS |        |             |        |               |        |          |        |          |        |                    |        |
|------------------------------------------------------|---------------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|----------|--------|----------|--------|--------------------|--------|
|                                                      | PISOS               |        | PAREDES     |        | CIELORASOS    |        | PUERTAS  |        | VENTANAS |        | CUBIERTAS          |        |
|                                                      | Material            | Estado | Material    | Estado | Material      | Estado | Material | Estado | Material | Estado | Material           | Estado |
| AREA O AMBIENTE<br>ENFERMERIA                        | CERAMICA            | R      | MAMPOSTERIA | M      | PANEL DE YESO | R      | ALUMINIO | M      | HIERRO   | M      | TEJA TERMOACUSTICA | M      |
| CANTIDAD APROXIMADA A INTERVENIR<br>( M2- ML-Unidad) | 9M2                 |        | 36 M2       |        | 9M2           |        | 1 UND    |        | 1 UND    |        | 9M2                |        |
| SERVICIO<br>CONSULTA EXTERNA                         | ELEMENTOS AFECTADOS |        |             |        |               |        |          |        |          |        |                    |        |
|                                                      | PISOS               |        | PAREDES     |        | CIELORASOS    |        | PUERTAS  |        | VENTANAS |        | CUBIERTAS          |        |
|                                                      | Material            | Estado | Material    | Estado | Material      | Estado | Material | Estado | Material | Estado | Material           | Estado |
| AREA O AMBIENTE<br>MEDICINA GENERAL                  | CERAMICA            | R      | MAMPOSTERIA | M      | PANEL DE YESO | R      | ALUMINIO | M      | HIERRO   | M      | FIBROCEMENTO       | M      |
| CANTIDAD APROXIMADA A INTERVENIR<br>( M2- ML-Unidad) | 15M2                |        | 46, 7M2     |        | 15M2          |        | 1 UND    |        | 1 UND    |        | 15M2               |        |
| SERVICIO<br>CONSULTA EXTERNA                         | ELEMENTOS AFECTADOS |        |             |        |               |        |          |        |          |        |                    |        |
|                                                      | PISOS               |        | PAREDES     |        | CIELORASOS    |        | PUERTAS  |        | VENTANAS |        | CUBIERTAS          |        |
|                                                      | Material            | Estado | Material    | Estado | Material      | Estado | Material | Estado | Material | Estado | Material           | Estado |
| AREA O AMBIENTE<br>ODONTOLOGIA                       | CERAMICA            | R      | MAMPOSTERIA | M      | PANEL DE YESO | R      | ALUMINIO | M      | HIERRO   | M      | FIBROCEMENTO       | M      |
| CANTIDAD APROXIMADA A INTERVENIR<br>( M2- ML-Unidad) | 12M2                |        | 39,8M2      |        | 15M2          |        | 1 UND    |        | 1 UND    |        | 15M2               |        |
| SERVICIO<br>CONSULTA EXTERNA                         | ELEMENTOS AFECTADOS |        |             |        |               |        |          |        |          |        |                    |        |
|                                                      | PISOS               |        | PAREDES     |        | CIELORASOS    |        | PUERTAS  |        | VENTANAS |        | CUBIERTAS          |        |
|                                                      | Material            | Estado | Material    | Estado | Material      | Estado | Material | Estado | Material | Estado | Material           | Estado |
| AREA O AMBIENTE<br>VACUNACION                        | CERAMICA            | R      | MAMPOSTERIA | M      | PANEL DE YESO | R      | ALUMINIO | M      | HIERRO   | M      | FIBROCEMENTO       | M      |
| CANTIDAD APROXIMADA A INTERVENIR<br>( M2- ML-Unidad) | 13M2                |        | 43M2        |        | 13M2          |        | 1 UND    |        | 1 UND    |        | 13M2               |        |
| SERVICIO<br>CONSULTA EXTERNA                         | ELEMENTOS AFECTADOS |        |             |        |               |        |          |        |          |        |                    |        |
|                                                      | PISOS               |        | PAREDES     |        | CIELORASOS    |        | PUERTAS  |        | VENTANAS |        | CUBIERTAS          |        |
|                                                      | Material            | Estado | Material    | Estado | Material      | Estado | Material | Estado | Material | Estado | Material           | Estado |
| AREA O AMBIENTE TOMA<br>DE MUESTRAS                  | CERAMICA            | R      | MAMPOSTERIA | M      | PANEL DE YESO | R      | MADERA   | M      | HIERRO   | M      | FIBROCEMENTO       | M      |
| ( M2- ML-Unidad)                                     | 10M2                |        | 37,9M2      |        | 10M2          |        | 1 UND    |        | 1 UND    |        | 10M2               |        |

 Arquitecto Ignacio Jose Bautista Mesa

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                          |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ministerio de Salud y Protección Social</b><br><b>República de Colombia</b><br>Dirección de Prestación de Servicios<br>Subdirección de Infraestructura en Salud | <b>CODIGO DEL PRESTADOR</b><br><div> <div>54</div> <div>001</div> <div>00864</div> <div>18</div> </div> <div> <div>DEPTO</div> <div>MUNICIPIO</div> <div>INSTITUCION</div> <div>SEDE</div> </div> |  |  |  | <b>A</b><br><br><b>3</b> | <b>FICHA DE EVALUACION</b><br><b>INFRAESTRUCTURA</b><br><b>PÚBLICA EN SALUD</b> |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                          |                                                                                 |

ESTADO SERVICIOS PUBLICOS: ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, ELECTRICIDAD

A3.1 INSTALACIONES HIDRAULICAS Y SANITARIAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUMINISTRO DE AGUA</b><br><br>Conexión red pública: <input checked="" type="checkbox"/><br><br>Instalación propia: <input type="checkbox"/><br><br>Otro: <input type="checkbox"/><br><br>Cual? _____<br><br>AFECTACION O DAÑO<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br><br>TIPO DE AFECTACION O DAÑO<br><input type="text"/> | <b>DESAGUES</b><br><br>Conexión red pública: <input type="checkbox"/><br><br>Eliminación propia: <input checked="" type="checkbox"/><br><br>Otro: <input type="checkbox"/><br><br>Cual? _____<br><br>AFECTACION O DAÑO<br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br><br>TIPO DE AFECTACION O DAÑO<br><input type="text"/> | <b>ALMACENAMIENTO</b><br><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br><br>CAPACIDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 M3<br><br>Elevado <input checked="" type="checkbox"/><br><br>Subterráneo: <input type="checkbox"/><br><br>AFECTACION O DAÑO<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br><br>TIPO DE AFECTACION O DAÑO<br><input type="text"/> |
| <b>OBSERVACIONES</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

A3.2 INSTALACIONES ELECTRICAS.

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUMINISTRO DE ENERGIA</b><br><br>Conexión red pública: SI <input checked="" type="checkbox"/><br><br>NO <input type="checkbox"/><br><br>Otro sistema de suministro: <input type="checkbox"/><br><br>Cual? _____ | <b>ESTADO DE LAS RED ELECTRICA</b><br><br>BUENA <input type="checkbox"/><br><br>REGULAR <input type="checkbox"/><br><br>MALA <input checked="" type="checkbox"/><br><br>TIPO DE AFECTACION<br><input type="text"/> | <b>PLANTA DE EMERGENCIA</b><br><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br><br>CAPACIDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 168 Kva<br><br>Bueno <b>B</b> Regular <b>R</b> Malo <b>M</b><br><br>Estado: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <b>OBSERVACIONES</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

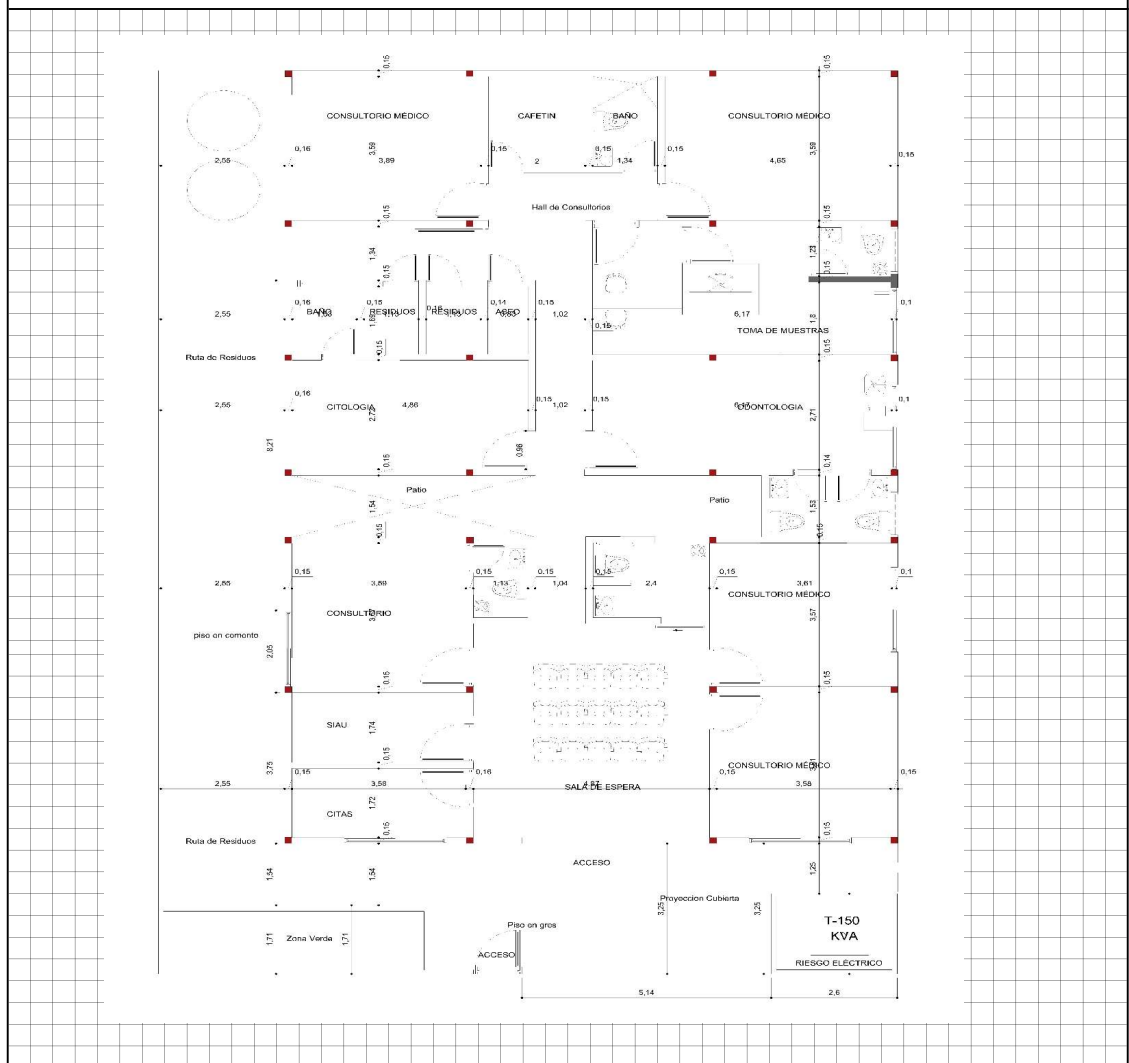
A.3.3 ESTADO DE EQUIPOS FIJOS

| NOMBRE                                                   | CAPACIDAD | Funciona |    | ESTADO |         |      | Descripción puntual |
|----------------------------------------------------------|-----------|----------|----|--------|---------|------|---------------------|
|                                                          |           | SI       | NO | Bueno  | Regular | Malo |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
|                                                          |           |          |    |        |         |      |                     |
| <b>OBSERVACIONES</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |           |          |    |        |         |      |                     |

**INFORMACION GRAFICA**

| ELEMENTOS A DIBUJAR                                                               | ESQUEMA DE LOCALIZACION |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <p>  NORTE  MUROS  RIO </p> <p>  CERCA </p>                                       |                         |
| <p>  COLUMNAS  VENTANA </p> <p>  DUCHAS  PUERTA </p> <p>  INODORO  LAVAMANOS </p> |                         |
| <p> <b>AREA CONSTRUIDA</b> _____ <b>M2</b> </p>                                   |                         |

**ESQUEMA DEL ESTABLECIMIENTO**



Fecha diligencia:

Año **24** Mes **10** Día **24**

Responsable del  
levantamiento:

Arquitecto Ignacio Jose Bautista Mesa

**INFORMACION GRAFICA**

| ELEMENTOS A DIBUJAR                                                                               | ESQUEMA DE LOCALIZACION |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| NORTE<br>CERCA<br>MUROS<br>RIO<br>COLUMNAS<br>VENTANA<br>DUCHAS<br>PUERTA<br>INODORO<br>LAVAMANOS |                         |
| <b>AREA CONSTRUIDA</b> _____ <b>M2</b>                                                            |                         |

**ESQUEMA DEL ESTABLECIMIENTO**



Fecha diligencia:

Año **24** Mes **10** Día **24**

Responsable del  
levantamiento:

Arquitecto Ignacio José Bautista Mesa



|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |   |             |   |   |   |      |   |   |   |   |   |       |  |           |  |             |  |  |  |      |  |                                                                     |          |          |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|-------------|---|---|---|------|---|---|---|---|---|-------|--|-----------|--|-------------|--|--|--|------|--|---------------------------------------------------------------------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Ministerio de Salud y Protección Social</b><br>República de Colombia<br>Dirección de Prestación de Servicios<br>Subdirección de Infraestructura en Salud | <b>CODIGO DEL PRESTADOR</b><br><table><tr><td>5</td><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>8</td><td>6</td><td>4</td><td>1</td><td>8</td></tr><tr><td colspan="2">DEPTO</td><td colspan="2">MUNICIPIO</td><td colspan="4">INSTITUCION</td><td colspan="2">SEDE</td></tr></table> | 5         | 4 | 0           | 0 | 1 | 0 | 0    | 8 | 6 | 4 | 1 | 8 | DEPTO |  | MUNICIPIO |  | INSTITUCION |  |  |  | SEDE |  | <table><tr><td><b>A</b></td></tr><tr><td><b>6</b></td></tr></table> | <b>A</b> | <b>6</b> | <b>FICHA DE EVALUACION<br/>INFRAESTRUCTURA<br/>PÚBLICA EN SALUD</b> |
| 5                                                                                                                                                           | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0         | 0 | 1           | 0 | 0 | 8 | 6    | 4 | 1 | 8 |   |   |       |  |           |  |             |  |  |  |      |  |                                                                     |          |          |                                                                     |
| DEPTO                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MUNICIPIO |   | INSTITUCION |   |   |   | SEDE |   |   |   |   |   |       |  |           |  |             |  |  |  |      |  |                                                                     |          |          |                                                                     |
| <b>A</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |   |             |   |   |   |      |   |   |   |   |   |       |  |           |  |             |  |  |  |      |  |                                                                     |          |          |                                                                     |
| <b>6</b>                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |   |             |   |   |   |      |   |   |   |   |   |       |  |           |  |             |  |  |  |      |  |                                                                     |          |          |                                                                     |

REGISTRO FOTOGRAFICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             |     |     |     |    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|----|----|----|
| <b>SERVICIO:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>AMBIENTE:</b> _____                                                                                                      |     |     |     |    |    |    |
| <div><p><b>FACHADA PRINCIPAL</b></p></div>                                                                                                                                                                                                                      | <div><p><b>FOTOGRAFIA AEREA</b></p></div> |     |     |     |    |    |    |
| <div><p><b>Fecha diligencia:</b></p><table><tr><td>Año</td><td>Mes</td><td>Día</td></tr><tr><td>24</td><td>10</td><td>24</td></tr></table></div> <div><p><b>Responsable del levantamiento:</b></p><div><br/>Arquitecto Ignacio José Bautista Mesa</div></div> |                                                                                                                             | Año | Mes | Día | 24 | 10 | 24 |
| Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Mes                                                                                                                         | Día |     |     |    |    |    |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 10                                                                                                                          | 24  |     |     |    |    |    |