

## Ficha Técnica de Proyectos de Infraestructura en Salud Solicitud de Actualización de Certificado de Necesidad Solicitud de Reactivación de proyecto suspendido Fecha: Entidad Federativa: Municipio: Localidad: Antecedentes Arquitectónicos de la Unidad de acuerdo al CDN. (Anexar plano arquitectónico del Inmueble) Nombre del Proyecto: Se encuentra en el PMI: No. de Certificado de Necesidad: (Marcar La Opción Con Una X) Casa de Salud Obra Nueva Tipo De Tipo De Unidad Acción Centro de Salud Obra Nueva por Sustitución Hospital de la Comunidad Ampliación UNEME Fortalecimiento Hospital General Rehabilitación Laboratorio Equipamiento Banco de Sangre CLUES: (En Caso de que la Unidad exista) Otro $m^2$ No. de consultorios: consultorios. Superficie del terreno: Superficie de construcción: $m^2$ Salas de expulsión (Si Aplica): salas. No. de camas (Si aplica): No. de quirófanos (Si Aplica): camas. quirófanos. Situación Legal del Terreno (Marcar la Opción con una X) Propiedad de la SSA Donado Propiedad del Municipio Otros Situación del Proyecto Ejecutivo (Marcar La Opción Con Una X) En proceso Terminado Por contratar No aplica Otros Tipo de Terreno (Consultar Con Protección Civil) (Marcar La Opción Con Una X) Rocoso Arcilloso Estable Permeable Otros Estudio de Impacto Ambiental (Solo para Obra Nueva) (Marcar La Opción Con Una X)

En proceso

Terminado

Por contratar

No aplica

1



Monto proyecta	do de la acción estimado:			Año pr	ogramado de inicio:		
F . 1 C				A ~	Recursos Financieros Ar		
	ciamiento (Monto)			Año	Monto	Fuente de F	inanciamiento
Aportación l							
Aportación l							
Aportación l	Municipal:			Total:			
Otro:	T-4-1.						
	Total:		A	vance de la ol	ora:	%	
Situación actua	ıl.						
(Marcar La Opc	ión Con Una X)		1				
Situación Actual	En proceso		Pro	blemática	Falta de liberación de n	recursos	
	Suspendida				Fallo de la licitación		
			•		Incremento en costos		
Problemática	Cambio de terreno				Dotación de servicios		
	Cambio de superficie				Nuevas tecnologías.		
	Cambio de proyecto				Equipamiento		
	Cambio en la cartera de servicio				Otro:		
	Afectaciones de cimentación						
	eral de cambios en la ejecución del proyect	to.					
Superficie del terreno:			m <sup>2</sup>	No. de con			consultori
Superficie de construcción:			$m^2$	Salas de expulsión (Si Aplica):		salas.	
No. de camas (S	i aplica):		camas.	No. de quir	rófanos (Si Aplica):		quirófanos
Justificación.							
(Descripción cu	alitativa del problema)						
(Descripción cu	antativa del problema)						

## Análisis de la necesidad





Deberá proporcionar información conforme al perfil epidemiológico de la población (sustentar en un escenario en SIGPLADESS) y la necesidad en salud, as como costos financieros, tiempo de ejecución, así como condiciones políticas económicas y sociales en el área de influencia.
Acuerdos.
Compromisos y gestiones con respecto al proyecto.

Responsable de la Información					
Nombre y firma:					
Teléfono:					
Correo:					
Puesto:					
Área:					