



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Infraestructura Equipamiento y Mantenimiento

FICHA TECNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. DATOS GENERALES:

Nombre del Establecimiento de Salud: **PUESTO DE SALUD CHURCA**

Categoría del EESS: **I-2** Código RENAES: **1471** Ubicación (Av. Jr. Pje. Calle): **PLAZA PRINCIPAL S/N**

Centro Poblado Localidad: **CHURCA** Distrito: **PUYCA** Provincia: **LA UNION** Región: **AREQUIPA**

Micro Red: **ALCA** Red: **CASTILLA-CONDESUYOS-LA UNION** Díresa: **AREQUIPA**

Area geográfica (Marcar la Rpta. con X): Urbana Rural Región geográfica (Marcar la Rpta. con X): Costa Sierra Selva Años de funcionamiento: **13**

Foto panorámica del EESS y su espacio libre

Características del terreno (Marcar la Rpta con X)

El terreno es propio Si No
 El terreno cuenta con saneamiento físico -legal Si No
 La superficie del terreno es: Plana Vulnerable a: Cause de río
 Inclínada Huayco
 Inundable Inundable

Area del terreno (M2): **111.77**
 Area construida (M2): **58.12**
 Area libre (M2): **23.22**

Croquis del terreno

Población

Población de la Región 2013: **1 259,162**
 Población del distrito 2013: **2,948**
 Población asignada al EESS: **769**
 Densidad Poblacional: **1.91**

Personal del EESS

N° de Médicos: **1** N° de Nutricionistas:
 N° de Obstetras: **1** N° de Asist.Social:
 N° de Odontólogos: N° de Técnico: **1**
 N° de Enfermeras: **1** N° de Auxiliares:
 N° de Quim-Farm.: N° de Otros (Especificar):

Accesibilidad (Marcar la Rpta. con X)

Vía terrestre: Asfaltada Trocha carrozable Camino peatonal
 Vía fluvial:
 Vía lacustre:

Distancia y tiempo de su EESS al de mayor categoría

Al EESS más cercano de mayor categoría: Distancia (Km): **100** Tiempo (hora): **3** Categoría del EESS: **I-3**
 Al Hospital de referencia más cercano: Distancia (Km): **421** Tiempo (hora): **11** Categoría del EESS: **II-1**

2. DATOS DE INFRAESTRUCTURA: (Marcar la Rpta. en los recuadros que corresponde con X)

Material predominante

Techo: Losa aligerada Calamina o Eternit Otro (Especificar): _____
 Pared: Ladrillo - Cemento Adobe o Tapial Otro (Especificar): _____
 Piso: Vinílico Cemento Otro (Especificar): _____

Instalaciones Eléctricas

Alimentador eléctrico: Si No
 Tablero general: Si No
 Pozo a tierra: Si No
 Grupo electrógeno: Si No

Cuenta con agua: Red pública Pilones Pozo Cisterna Otro (Especificar): _____

Cuenta con desagüe: Red pública Silo Otro (Especificar): _____

Cuenta con drenaje de aguas pluviales: Si No

Cuenta con Red de Comunicación: Teléfono Si No
 Internet Si No
 Radio Si No

Datos del Responsable del llenado de la ficha

Nombres y Apellidos: **ALATRISTA ULLOA VICTOR HUGO**
 Cargo: **ASISTENTE ADMINISTRATIVO II**
 Teléfono fijo: **054-471021/054-471137**
 Teléfono Móvil: **995679700**
 Correo electrónico: **alatrista1954@hotmail.com**

Fecha: **21 de febrero del 2014**

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
 Gerencia Regional de Salud
 Red de Salud CCU
 Méd. **Yan Ricardo Vargas Angles**
 Director Ejecutivo
 C.M.P. 36185

