



FICHA TECNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. DATOS GENERALES:

Nombre del Establecimiento de Salud: **QUESTO DE SALUD PISCOPAMPA**

Categoría del EESS: **I-1** Código RENAES: **1399** Ubicación (Av. Jr. Pje. Calle): **CALLE PRINCIPAL S/N**

Centro Poblado Localidad: **PISCOPAMPA** Distrito: **PAMPACOLCA** Provincia: **CASTILLA** Región: **AREQUIPA**

Micro Red: **PAMPACOLCA** 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: **17**

Foto panorámica del EESS y su espacio libre

Características del terreno (Marcar la Rpta con X)

El terreno es propio: Si No Area del terreno (M2): **300**

El terreno cuenta con saneamiento físico-legal: Si No Area construida (M2): **74**

La superficie del terreno es: Plana Vulnerable a: Cause de río Huayco Inundable Inclinada Area libre (M2): **226**

Croquis del terreno

Población

Población de la Región 2013: **1 259.162**

Población del distrito 2013: **2.849**

Población asignada al EESS: **228**

Densidad Poblacional: **5,5**

Personal del EESS

N° de Médicos: N° de Nutricionistas:

N° de Obstetrices: **1** N° de Asist. Social:

N° de Odontólogos: N° de Técnico: **1**

N° de Enfermeras: **1** N° de Auxiliares:

N° de Quím-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): **8** Tiempo (hora): **0.30** Categoría del EESS: **I-3**

Al Hospital de referencia más cercano: Distancia (Km): **80** Tiempo (hora): **3.30** 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: **29 de agosto del 2013**

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
Gerencia Regional de Salud
Red de Salud CCU

[Firma]
Méd. Ivan Ricardo Vargas Angles
Director Ejecutivo
C.M.P. 36186

