

Secretaría Distrital de Salud

FORMATO A. IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

FORMATO TRANSVERSAL DE CARACTERIZACIÓN DE ESCENARIOS TERRITORIO

Fecha (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____

I TIPO DE INSTITUCIÓN

1. INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN	2. INSTITUCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	3. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA																								
<input type="checkbox"/> JARDIN INFANTIL <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> COLEGIO <input type="checkbox"/> I.E.S. <input type="checkbox"/> AVENIDA CALLE	<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="font-size: small;">NIVEL DE COMPLEJIDAD</th> <th style="font-size: small;">TIPO DE INSTITUCIÓN</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NIVEL 1</td> <td><input type="checkbox"/> UPA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NIVEL 2</td> <td><input type="checkbox"/> UBA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NIVEL 3</td> <td><input type="checkbox"/> CAMI</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> PRIVADA</td> </tr> </table>	NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO DE INSTITUCIÓN	<input type="checkbox"/> NIVEL 1	<input type="checkbox"/> UPA	<input type="checkbox"/> NIVEL 2	<input type="checkbox"/> UBA	<input type="checkbox"/> NIVEL 3	<input type="checkbox"/> CAMI		<input type="checkbox"/> PRIVADA	<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="font-size: small;">INSTITUCIÓN</th> <th style="font-size: small;">GRUPOS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CORPORACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> JAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> JAC</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COOPERATIVA</td> <td><input type="checkbox"/> COPACO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VEEDURIA</td> <td><input type="checkbox"/> CABILDO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PASTORAL</td> <td><input type="checkbox"/> COMITÉ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FUNDACIÓN</td> <td></td> </tr> </table>	INSTITUCIÓN	GRUPOS	<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN	<input type="checkbox"/> JAL	<input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN	<input type="checkbox"/> JAC	<input type="checkbox"/> COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> COPACO	<input type="checkbox"/> VEEDURIA	<input type="checkbox"/> CABILDO	<input type="checkbox"/> PASTORAL	<input type="checkbox"/> COMITÉ	<input type="checkbox"/> FUNDACIÓN	
NIVEL DE COMPLEJIDAD	TIPO DE INSTITUCIÓN																									
<input type="checkbox"/> NIVEL 1	<input type="checkbox"/> UPA																									
<input type="checkbox"/> NIVEL 2	<input type="checkbox"/> UBA																									
<input type="checkbox"/> NIVEL 3	<input type="checkbox"/> CAMI																									
	<input type="checkbox"/> PRIVADA																									
INSTITUCIÓN	GRUPOS																									
<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN	<input type="checkbox"/> JAL																									
<input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN	<input type="checkbox"/> JAC																									
<input type="checkbox"/> COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> COPACO																									
<input type="checkbox"/> VEEDURIA	<input type="checkbox"/> CABILDO																									
<input type="checkbox"/> PASTORAL	<input type="checkbox"/> COMITÉ																									
<input type="checkbox"/> FUNDACIÓN																										
4. UNIDAD DE TRABAJO	5. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN																									
ACTIVIDAD ECONÓMICA <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> AFILIACIÓN DE LOS EMPLEADOS A SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HOBIS</td> <td><input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN DE NIÑOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> FAMI</td> <td><input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE ADOLESCENTES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CENTRO CRECER</td> <td><input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN DE ADULTOS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CENTRO AMAR</td> <td><input type="checkbox"/> INSTITUCIONES CARCELARIAS O DE RECLUSIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN GERIÁTRICA</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN GERONTOLÓGICA</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> HOBIS	<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN DE NIÑOS	<input type="checkbox"/> FAMI	<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE ADOLESCENTES	<input type="checkbox"/> CENTRO CRECER	<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN DE ADULTOS	<input type="checkbox"/> CENTRO AMAR	<input type="checkbox"/> INSTITUCIONES CARCELARIAS O DE RECLUSIÓN	<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN GERIÁTRICA		<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN GERONTOLÓGICA													
<input type="checkbox"/> HOBIS	<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN DE NIÑOS																									
<input type="checkbox"/> FAMI	<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE ADOLESCENTES																									
<input type="checkbox"/> CENTRO CRECER	<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN DE ADULTOS																									
<input type="checkbox"/> CENTRO AMAR	<input type="checkbox"/> INSTITUCIONES CARCELARIAS O DE RECLUSIÓN																									
<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN GERIÁTRICA																										
<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN GERONTOLÓGICA																										

II REGISTRO

1. EDUCACIÓN	2. IPS	3. LABORAL
CÓDIGO DE REGISTRO DE LA IE <input style="width: 50px;" type="text"/>	CÓDIGO DE HABILITACIÓN <input style="width: 50px;" type="text"/>	REGISTRO DE CAMARA Y COMERCIO <input style="width: 50px;" type="text"/>

III CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

1. INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN	2. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	3. INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN																																										
<input type="checkbox"/> I.C.B.F. <input type="checkbox"/> INTEGRACIÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/> COFINANCIACIÓN <input type="checkbox"/> NIVELES EDUCATIVOS <input type="checkbox"/> GRUPOS POR NIVELES	<input type="checkbox"/> AGRUPACIÓN CON ANIMO DE LUCRO AREA TEMÁTICA <input style="width: 50px;" type="text"/> ZONA DE INFLUENCIA <input style="width: 50px;" type="text"/> ANTIGÜEDAD EN LA CONFORMACIÓN AÑOS <input style="width: 20px;" type="text"/> MESES <input style="width: 20px;" type="text"/>	NUMERO DE CUPOS <input style="width: 50px;" type="text"/> 4. LABORAL ANTIGÜEDAD DE LA UNIDAD DE TRABAJO <input style="width: 50px;" type="text"/>																																										
5. IPS																																												
<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONVENIO DOCENTE ASISTENCIAL</td> <td><input type="checkbox"/> FACULTAD</td> <td><input type="checkbox"/> RUTA DE SERVICIOS</td> </tr> <tr> <th colspan="3" style="font-size: small;">SERVICIOS PRESTADOS</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PAI</td> <td><input type="checkbox"/> REGULACIÓN FECUNDIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CRECIMIENTO Y DESARROLLO</td> <td><input type="checkbox"/> NUTRICIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> FARMACIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONSULTA PARA CRONICAS</td> <td><input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SALA ERA</td> <td><input type="checkbox"/> FONOAUDILOGÍA</td> <td><input type="checkbox"/> PEDIATRÍA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CONTROL PRENATAL</td> <td><input type="checkbox"/> OPTOMETRÍA</td> <td><input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE PARTO</td> <td><input type="checkbox"/> ODONTOLOGÍA</td> <td><input type="checkbox"/> GINECO OBSTETRICIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> CONSULTA PARA ITS, VIH, SIDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> PREVENCIÓN Y DETECCIÓN CCU</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO ESPEC.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> CIRUGÍA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> URGENCIAS</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> CONVENIO DOCENTE ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> FACULTAD	<input type="checkbox"/> RUTA DE SERVICIOS	SERVICIOS PRESTADOS			<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> REGULACIÓN FECUNDIDAD	<input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO	<input type="checkbox"/> CRECIMIENTO Y DESARROLLO	<input type="checkbox"/> NUTRICIÓN	<input type="checkbox"/> FARMACIA	<input type="checkbox"/> CONSULTA PARA CRONICAS	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA	<input type="checkbox"/> SALA ERA	<input type="checkbox"/> FONOAUDILOGÍA	<input type="checkbox"/> PEDIATRÍA	<input type="checkbox"/> CONTROL PRENATAL	<input type="checkbox"/> OPTOMETRÍA	<input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA	<input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE PARTO	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGÍA	<input type="checkbox"/> GINECO OBSTETRICIA			<input type="checkbox"/> CONSULTA PARA ITS, VIH, SIDA			<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN Y DETECCIÓN CCU			<input type="checkbox"/> PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO ESPEC.			<input type="checkbox"/> CIRUGÍA			<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN			<input type="checkbox"/> URGENCIAS
<input type="checkbox"/> CONVENIO DOCENTE ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> FACULTAD	<input type="checkbox"/> RUTA DE SERVICIOS																																										
SERVICIOS PRESTADOS																																												
<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> REGULACIÓN FECUNDIDAD	<input type="checkbox"/> LABORATORIO CLÍNICO																																										
<input type="checkbox"/> CRECIMIENTO Y DESARROLLO	<input type="checkbox"/> NUTRICIÓN	<input type="checkbox"/> FARMACIA																																										
<input type="checkbox"/> CONSULTA PARA CRONICAS	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA																																										
<input type="checkbox"/> SALA ERA	<input type="checkbox"/> FONOAUDILOGÍA	<input type="checkbox"/> PEDIATRÍA																																										
<input type="checkbox"/> CONTROL PRENATAL	<input type="checkbox"/> OPTOMETRÍA	<input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA																																										
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE PARTO	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGÍA	<input type="checkbox"/> GINECO OBSTETRICIA																																										
		<input type="checkbox"/> CONSULTA PARA ITS, VIH, SIDA																																										
		<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN Y DETECCIÓN CCU																																										
		<input type="checkbox"/> PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO ESPEC.																																										
		<input type="checkbox"/> CIRUGÍA																																										
		<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN																																										
		<input type="checkbox"/> URGENCIAS																																										

IV CARACTERÍSTICAS DE INFRAESTRUCTURA

1. INSTITUCIONES DE PROTECCION																												
<table style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="4" style="font-size: small;">RECURSOS FÍSICOS</th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">HABITACIONAL</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width: 25%;">Número</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SANITARIAS</td> <td></td> <td>Número de baterías</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>RECREACIÓN</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Número</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;">ÁREAS COMUNES</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width: 50%;">Número</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ÁREAS DE ATENCIÓN EN SALUD</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Número</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ÁREAS ADMINISTRATIVAS</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td>Número</td> <td><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>	RECURSOS FÍSICOS				HABITACIONAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>	SANITARIAS		Número de baterías	<input style="width: 30px;" type="text"/>	RECREACIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>	ÁREAS COMUNES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>	ÁREAS DE ATENCIÓN EN SALUD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>	ÁREAS ADMINISTRATIVAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>
RECURSOS FÍSICOS																												
HABITACIONAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>																									
SANITARIAS		Número de baterías	<input style="width: 30px;" type="text"/>																									
RECREACIÓN	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>																									
ÁREAS COMUNES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>																									
ÁREAS DE ATENCIÓN EN SALUD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>																									
ÁREAS ADMINISTRATIVAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Número	<input style="width: 30px;" type="text"/>																									

V INFORMACIÓN POBLACIONAL

VI PRIORIDADES DE CANALIZACIÓN	VII INFORMACIÓN DE PERSONA
--------------------------------	----------------------------

<input type="checkbox"/> IPS NO HABILITADA <input type="checkbox"/> MENOR DE EDAD DESESCOLARIZADO <input type="checkbox"/> GESTANTE <input type="checkbox"/> MENOR DE UN AÑO <input type="checkbox"/> PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	NOMBRES <input style="width: 100%;" type="text"/> APELLIDOS <input style="width: 100%;" type="text"/> TIPO DE IDENTIFICACIÓN NUMERO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input style="width: 50px;" type="text"/> DIRECCIÓN <input style="width: 100%;" type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
--	--