



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD



Folio: _____
Clave_Edo _____
No. consecutivo _____
Año _____

Forma: FRP-DES-01.01 Solicitud de Certificado de Necesidad
Sección: Información General

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NECESIDAD

1. FICHA TÉCNICA

INFORMACIÓN GENERAL

Estado	
Nombre del Municipio	
Incorporado al SPSS	() SI () NO
Nombre de la Localidad	
Tipo de Acción de Infraestructura	
Tipo de Unidad	
No. de camas	
No. de quirófanos	
No. de consultorios	
Población beneficiada	
Superficie del Terreno	
Superficie de construcción	
Domicilio o Ubicación del Terreno	
Costo estimado de construcción ¹	
Costo estimado de equipamiento ¹	
Costo estimado de Operación ¹	
Fecha de inicio programada ¹	
Fecha de término programada ¹	
El estado cuenta con un convenio para la operación de la unidad médica. ¹	() SI () NO
Días cama promedio	
Egresos 2004	
Consultas en 2004	
Atenciones Quirúrgicas 2004	
No. de Médicos estimados	
No. de Enfermeras estimados	
No. de Personal Administrativo estimado	
Se cuenta con la validación de CENETEC para el equipamiento de la unidad.	() SI () NO
Se cuenta con la validación de DGcyES para la plantilla de personal de la unidad.	() SI () NO

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	
JUSTIFICACIÓN	

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Responsable de la Información	
Puesto	
Correo electrónico	
Teléfono	

COMENTARIOS Y/U OBSERVACIONES	
-------------------------------	--

Nota

¹ Con esta información se evalúa la viabilidad financiera de la Unidad.

Ficha elaborada por	
Fecha de elaboración	



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD



Folio: _____
Clave_Edo _____
No_consecutivo _____
Año _____

Forma: FRP-DES-01.01 Solicitud de Certificado de Necesidad
Sección: Información General del Proyecto

2. Información General del Proyecto

Describa cuál es la problemática que da origen a la iniciativa y proporcione un breve resumen incluyendo qué acciones son necesarias, así como necesidades especiales de la población beneficiada. *(Favor de No exceder de una página)*

2.1 Describa brevemente la problemática o situación que da origen al proyecto, mencionando los siguientes puntos:

Principal grupo poblacional beneficiado con la infraestructura propuesta.

Persona, institución o agrupación que generó la iniciativa de solicitud.

Cómo está cubriéndose actualmente la demanda que genera la solicitud describiendo alternativas de proyectos.

2.2 ¿ La Entidad Federativa tiene presupuestados recursos necesarios para la operación de la unidad?

☐ Sí

☐ No

Monto: _____



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD



Folio:

Clave _Edo

Forma: FRP-DES-01.01
Solicitud de Certificado de Necesidad

3. Describa el tipo de unidad solicitada y en su caso las especialidades que la conforman

3.1 Acción de Infraestructura

- ☐ Obra Nueva
☐ Fortalecimiento
☐ Ampliación
☐ Sustitución

3.2 Tipo de Unidad

- ☐ Casa de Salud
☐ Centro de Salud
☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)
☐ Hospital de la Comunidad
☐ Unidad de Especialidades Médicas UNEME
☐ Hospital General
☐ Hospital de Especialidades
☐ Hospital Regional de Alta Especialidad HRAE

Tipo:

Tipo:

Tipo:

Tipo:

Tipo:

Tipo:

Especifique

Especifique

3.3 Infraestructura requerida

Servicio / Especialidad	¹ Existente				² Adicional / Nuevos			
	Consultorios	Camas	Sala de Expulsión	Quirofanos	Consultorios	Camas	Sala de Expulsión	Quirofanos

Nota

1. Solo para ampliación y fortalecimiento

2. Aplica para obra nueva y sustitución

Expandir el cuadro, en número de filas, de acuerdo al tipo de unidades o áreas necesarias.



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD



Folio: _____
Clave _Edo _____
No _consecutivo _____
Año _____
Forma: FRP-DES-01.01 Solicitud de Certificado de Necesidad
Sección: Mapa

4. Mapa Georeferenciado

4.1 De conformidad con el tipo de unidad solicitada, delimite en un diagrama el área de influencia que le corresponde y señale la infraestructura de salud existente, mencionando las principales características arquitectónicas y de operatividad relacionadas con las costumbres, el clima y las condiciones geográficas.



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD



Folio: _____
Clave _ Edo _____
No. consecutivo _____
Año _____

Forma: FRP-DES-01.01 Solicitud de Certificado de Necesidad
Sección: Descripción poblacional

5 Descripción poblacional

5.1 Dimensión y características de la población en la zona de influencia

	Estado	Municipio	Localidad	Población Total	% Población Indígena	% Población Sin Seguridad Social	No. de Familias Afiliadas al Seguro Popular	Índice de Marginación
Total					N.A.	N.A.		N.A.

Fuente: _____

5.2 Estructura de la población sin seguridad social en la zona de influencia.

	POBLACIÓN	GRUPO					
		< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	... 85 y mas
HOMBRES							
MUJERES							
Total							

Fuente: _____

* Agrega tantas columnas como sea necesario



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD



Folio: _____
Clave_Edo _____
No_consecutivo _____
Año _____

Forma: FRP-DES-01.01 Solicitud de Certificado de Necesidad
Sección: Perfil epidemiológico

6 Perfil epidemiológico

6.1 Anote las 10 principales causas de mortalidad en el área de Influencia. Incluya las tasas de mortalidad Materna e Infantil

Principales Causas de Mortalidad		
Causa CIE 10	Descripción	Tasa x 1,000 hab
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Tasa de mortalidad materna x 1,000 hab

Tasa de mortalidad Infantil x 1,000 hab

Fuente: _____

6.2 Anote las 10 principales causas de morbilidad en el área de influencia.

Principales Causas de Morbilidad				
Causa CIE 10	Descripción	Tasa(*)	Tasa(*) de Incidencia	Tasa(*) de prevalencia
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(*) Anotar la tasa estandarizada x 1,000 hab

Fuente: _____

6.3. Prevalencia de Desnutrición severa

6.4. Proporción de partos atendidos por facultativo



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD



Folio: _____
Clave_Edo _____
Forma: FRP-DES-01.01
Solicitud de Certificado de Necesidad

Identifique los recursos para la salud existentes en el área de influencia, así como algunos indicadores de su actividad..

7 Caracterización de la infraestructura

7.1 Unidad médica existente por tipo e institución

Municipio	Localidad	Institución	Tipo de Unidad	Clues	Camas censables	% de Ocupación	Quirófanos	Tasa de diferimiento de cirugía programada (meses)	Promedio mensual de cirugías por quirófano
		Salud							
		IMSS-Oportunidades							
		Instituciones de Seguridad Social							
		Privados							

* En caso de contar con información de más instituciones agregue tantas filas como sea necesario.

Municipio	Localidad	Institución	Tipo de Unidad	Clues	Salas de Expulsión	Promedio mensual de partos atendidos por sala	Consultorio		Promedio mensual de consultas por consultorio	Promedio de tiempo de espera (minutos)
							Medicina General	Especialidad		
		Salud								
		IMSS-Oportunidades								
		Instituciones de Seguridad Social								
		Privados								

* En caso de contar con información de más instituciones agregue tantas filas como sea necesario.

		Folio: _____
SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD		Clave _Edo _____
		Forma: FRP-DES-01.01 Solicitud de Certificado de Necesidad

8 Información Seguro Popular

8.1 Condición de la unidad en relación con el Sistema de Protección Social en Salud

- | | | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| a) Evaluada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> En proceso |
| b) Acreditada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> En proceso |
| c) Certificada | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> En proceso |
- ☐ N.A. Por ser obra nueva



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

Folio: _____
Clave _Edo _____
Forma: FRP-DES-01.01
Solicitud de Certificado de Necesidad

9. Información General del Solicitante

9.1. Nombre del solicitante

9.1.1. Nombre (s)

9.1.2 Apellido Paterno

9.1.3 Apellido Materno

9.1.4 Cargo del solicitante

9.1.4.1 Dependencia

9.1.5 Dirección del solicitante

9.1.5.1 Estado

9.1.5.2 Ciudad/Municipio

9.1.5.3 Localidad

9.1.5.4 Calle

9.1.5.5 Colonia

9.1.5.6 C. P.

9.1.6 Teléfonos

() -

() -

Ext.

9.1.7 Fax

() -

() -

9.1.8 Correo electrónico



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD

Folio: _____
Clave _Edo _____
Forma: FRP-DES-01.01
Solicitud de Certificado de Necesidad

9.2 Responsable de unidad médica.

Si la acción es Obra Nueva pase a punto 1.3

☐ No aplica por ser obra nueva

9.2.1 Nombre del responsable

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

9.2.2 Cargo del solicitante

9.2.3 Dirección de la unidad

9.2.3.1 Nombre de la unidad

9.2.3.2 CLUES

9.2.3.3 Estado

9.2.3.4 Ciudad/Municipio

9.2.3.5 Localidad

Clave de Estado

Clave de Municipio

Clave de Localidad

9.2.3.6 Calle

9.2.3.7 Colonia

9.2.3.8 C. P.

9.2.4 Teléfonos

() -

() -

9.2.5 Fax

() -

() -

9.2.6 Correo electrónico

9.3 Declaración de Autenticidad

Declaro que la información contenida en este formato es veraz

Nombre:

Cargo:

Institución:

9.4 Fecha

Firma