

**PROYECTOS PLAN BIENAL**

1100130296

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Período: 2018-2019

Nombre Institución:     
 Proyecto:

**INFORMACIÓN DE PROYECTO**

**DE INFRAESTRUCTURA**

**DE DOTACIÓN Y EQUIPOS**

Tipo de Obra:    
 Area (m2):    
 Valor total:

- 1. Servicios de Nefrología - Diálisis renal
- 2. Servicios de Oncología, radioterapia y Onc. clínica
- 3. Servicios de radiología e imágenes diagnósticas de Mediana y alta complejidad
- 4. Unidades de Cuidados Intermedios e Intensivos Neonatal, pediátrico y adultos
- 5. Servicios de obstetricia mediana y alta complejidad
- 6. Cirugía cardiovascular
- 7. Cirugía de transplantes e implantes
- 8. Cirugía ortopédica
- 9. Cirugía neurológica
- 10. Servicios de medicina nuclear
- 11. Otros servicios

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FICHA DEL PROYECTO**

Descripción de la inversión:

Región a cubrir:

Oferta privada:  Describir oferta:

Población a atender:  Población potencial:  Capacidad a atender:

**RECURSOS DISPONIBLES ( fuentes de financiamiento en MILES de pesos)**

Cuentas maestras	<input type="text" value="0"/>	Rentas cedidas	<input type="text" value="0"/>	Sistema General de Regalias	<input type="text" value="0"/>	Otros	<input type="text" value="200.000.000"/>
propios	<input type="text" value="0"/>	Departamento	<input type="text" value="400.000"/>	P.G.N.	<input type="text" value="0"/>	Total	<input type="text" value="200.400.000"/>

**PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL CONSEJO TERRITORIAL DE SALUD**

Fecha del acta de presentación al Consejo Territorial de Salud:  (aaaa/mm/dd)   
 Número del acta de presentación al Consejo Territorial de Salud:    
 Observaciones al proyecto presentado al Consejo Territorial de Salud:

**APROBACIÓN DEL PROYECTO**

Aprobado Redes

Aprobado Infraestructura