**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE FACTIBILIDAD**

INFORMACIÓN GENERAL DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

|  |  |
| --- | --- |
| Número de Certificado de Necesidad de la DGPLADES |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Entidad Federativa:** |  |
| Municipio: |  |
| Localidad: |  |
| Dirección: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de acción de infraestructura: |  |
| Tipo de unidad: |  |
| Nombre de la unidad: |  |
| N° de camas: |  |
| N° de quirófanos: |  |
| N° de consultorios: |  |
| Población beneficiada: |  |
| Superficie del terreno: |  |
| Superficie de construcción: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción general del proyecto:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y firma del responsable de la información: |  |
| Puesto: |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de elaboración: | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
|  |  |  |