



Ministerio de Salud

Dirección de Salud Ambiental



**FORMATO DE SOLICITUD DE ARTEFACTOS SANITARIOS PARA
EJECUCION DE PROYECTOS DE LETRINIZACION.**

UNIDAD DE SALUD SOLICITANTE: _____

SIBASI: _____ REGION: _____

TECNICO RESPONSABLE: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

JUSTIFICACION DE LA SOLICITUD:

* COBERTURA DE LETRINIZACION ACTUAL:

MENOR DE 25% 25% A 50%

50% A 80% 80% A 100%

* MUNICIPIO CATALOGADO COMO DE POBREZA EXTREMA SEVERA: (de acuerdo al Plan Quinquenal de Gobierno 2004-2009, Red Solidaria)

SI NO

UBICACIÓN DEL PROYECTO:

*COMUNIDAD: _____ *CASERIO: _____

*CANTON: _____ *MUNICIPIO: _____



CANTIDAD Y TIPO DE LETRINA REQUERIDAS:

UBICACIÓN	TOTAL DE VIVIENDAS	No. DE VIVIENDAS SOLICITANTES	TIPO LETRINA		
			HOYO MODIFICADA	ABONERA	SOLAR

EJECUCION DEL PROYECTO:

APORTE	MATERIALES PARA CONSTRUCCION DE LETRINAS	MANO DE OBRA PARA CONSTRUCCION DE LETRINAS	TRANSPORTE DE ARTEFACTOS SANITARIOS A LA COMUNIDAD
COMUNIDAD			
MUNICIPALIDAD			
ONG			

NOTA: SEÑALE CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA

COMPROMISOS DE LA UNIDAD DE SALUD, SIBASI Y/O REGION:

- * ANEXAR A LA SOLICITUD, LISTADO DE BENEFICIARIOS CON SU RESPECTIVA FIRMA Y NÚMERO DE DUI (REQUISITO INDISPENSABLE).
- * ANEXAR A LA SOLICITUD, CROQUIS DE UBICACIÓN DE LAS LETRINAS A CONSTRUIR EN CADA COMUNIDAD.



- * MONITOREAR LA INSTALACION, USO Y MANTENIMIENTO DE LETRINAS, DE ACUERDO A NORMA TECNICA SANITARIA CORRESPONDIENTE.

- * DESARROLLAR UN PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PERMANENTE A LOS USUARIOS, A FIN DE GARANTIZAR LA AUTOSOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.

- * EJECUTAR EL PROYECTO EN UN PLAZO MAXIMO DE TRES MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE TRASLADO DE LOS ARTEFACTOS SANITARIOS A LA COMUNIDAD SOLICITANTE.

- * A FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LO ANTERIORMENTE DESCRITO, ESTE FORMATO DEBERA SER AUTORIZADO POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD, GERENTE DEL SIBASI O POR EL COORDINADOR DEL EQUIPO TECNICO DE ZONA CORRESPONDIENTE, SEGÚN SEA EL CASO Y POR EL TECNICO RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR EL PROYECTO; Y ANEXARLO A UNA SOLICITUD DIRIGIDA A LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL AL AMBIENTE, PARA SU RESPECTIVA APROBACION. ASIMISMO, DICHA SOLICITUD DEBERA INCLUIR LA REQUISICIÓN RESPECTIVA, AUTORIZADA POR EL DIRECTOR DE LA REGION O DE LA UNIDAD DE SALUD SOLICITANTE.

AUTORIZADO POR:

NOMBRE, FIRMA Y SELLO _____
(DIRECTOR REGION O UNIDAD DE SALUD)

TECNICO RESPONSABLE:

NOMBRE Y FIRMA _____
(COORDINADOR SALUD AMBIENTAL REGION O INSPECTOR/PROMOTOR UNIDAD DE SALUD)