

# FORMULARIO 1: EVALUACIÓN RÁPIDA Nº

019-MD CASITAS

DEPARTAMENTO

COD. SINPAD

181808

Tumbes

I. INFORMACIÓN GENERAL

I-1 TIPO DE PELIGRO

**VIENTOS FUERTES** 

I-4 REFERENCIA PARA LLEGAR A LA LOCALIDAD AFECTADA

CARRETERA PRINCIPAL LADO IZQUIERDO LLEGANDO AL CENTRO POBLADO DE LA CHOZA

I-2 FECHA DE OCURRENCIA

13/10/2023

HORA DE OCURRENCIA

10:30

I-3 PROVINCIA / DISTRITO / LOCALIDAD

Tumbes / Contralmirante Villar / CASITAS / LA CHOZA

**BARRIO / SECTOR / URBANIZACIÓN** 

No definido:

CENTRO POBLADO / CASERÍO / ANEXO

CASERIO: LA CHOZA

I-5 MEDIO DE TRANSPORTE SUGERIDO I-6 ALTITUD (m.s.n.m) I-7 COORDENADAS GEOGRÁFICAS

TERRESTRE 0 Latitud: -4.009061 Longitud: -80.665142

## II. DAÑOS

## III. ACCIONES INMEDIATAS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA

	Vida y S	Salud	Si/No	Cantidad	II.1 ACTIVIDADES	S A REALIZAR	III	.2 NECESIDADES DE APOYO EXTERNO	
	II-1	LESIONADOS (HERIDOS)	No		1. BÚSQUEDA Y	RESCATE	()	1. Bienes de Ayuda Humanitaria	(X)
	II-2	PERSONAS ATRAPADAS	No		2. ATENCIÓN DE	E SALUD	()	2. Maquinaria Pesada	()
	II-3	PERSONAS AISLADAS	No		3. MEDIDAS DE	CONTROL	()	3. Asistencia Técnica	()
	II-4	DESAPARECIDOS	No		4. EQUIPO EDAI	N	()		
	II-5	FALLECIDOS	No		5. EVACUACIÓN	I	()		
	Servicio	s Básicos	Si/No		Otros			Otros:	
	II-6	AGUA	No					Bienes de Ayuda Humanitaria	
	II-7	DESAGUE	No						
	II-8	ENERGÍA ELÉCTRICA	No						
	II-9	TELEFONÍA	No						
	II-10	GAS	No						
Infraestructura		Si/No							
	II-11	VIVIENDAS	Si						
	II-12	CARRETERAS	No						
	II-13	PUENTES	No						
	II-14	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	No					Personal Especializado	
Medios de Vida		Si/No							
	GANADERÍA		No						
	AGRICULT	TURA	No						
	COMERCIO	)	No						
	TURISMO		No						
	PESCA		No						
								Equipo Mecánico	
								Equipo mecanico	

Observación de Actividades

# Observación de Necesidades ENTREGA DE BIENES DE AYUDA HUMANITARIA A LA FAMILIA AFECTADA POR VIENTOS FUERTES EN EL CENTRO POBLADO DE LA CHOZA AFECTANDO 01 VIVIENDA. Archivos adjuntos: (Presionar ctrl + click izquierdo del mouse para abrir el archivo en otra ventana) ER- 019-MDC.pdf

## ESTADO DE EVALUACIÓN/REVISIÓN:

APROBADO POR EL COEN: APROBADA LA REVISION DEL COER

Nombres y apellidos y DNIdel (la) Evaluador(a)/Firma		
Teléfono de contacto:	COE - Recibido por: (Firma y Post firma/DNI)	Autoridad Gobierno Regional / Gobierno Local