



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

Instrumento de relevamiento de **PABELLONES COLECTIVOS**

ZONA DORMITORIO

Unidad / Módulo:	
Pabellón:	
Fecha:	
Nombre del asesor/ra	
Cantidad de camas	

• **Mobiliario**

Cantidad de Camas / Catres:	
Cuchetas:	
Cantidad Colchones:	
Cuántos Ignífugos:	
¿Los colchones se encuentran en buen estado? (enteros, con funda)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las cuchetas tienen forma de acceso? (escalera y/u otro)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las cuchetas tienen barandas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay ropa de cama para todo/as?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay mobiliario para pertenencias? (repisa, cubo, taquilla)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿El mobiliario es suficiente para la totalidad de PPL?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
Cantidad de escritorios:	
Cantidad silla / banco:	
¿Los escritorios son móviles?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las sillas / banco son móviles?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay espacio libre para circular?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

• Higiene, seguridad y mantenimiento

¿Posee ventilador?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Funciona el ventilador?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Posee sistema de calefacción?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Funciona el sistema de calefacción?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay ventanas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las ventanas tienen vidrio/acrílico?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Los vidrios están rotos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunos <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las ventanas pueden abrirse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Las ventanas son de fácil acceso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Ingresa luz natural?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Cantidad de focos de luz:			
¿Cuántos funcionan?:			
¿Las instalaciones eléctricas son seguras? (sin cableado aéreo, instalación clandestina, con tomacorriente, interruptor y portalámpara)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Algunas <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay tacho de basura?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay basura en el suelo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay desechos biológicos? (heces, orina, llixiviado otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Se percibe mal olor?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay insectos/ratas u otros vectores? (observables)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>



Diagnóstico Infraestructura Penitenciaria SPF – Estándares PPN

¿Hay agua estancada en el suelo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Las paredes está en buen estado general? (sin revoque desprendido, filtraciones, escritura, manchas)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
¿Hay signos de humedad en paredes u otras superficies? (hongos y/o agua)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES/NOTAS DE CAMPO:

.....

.....