

CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA

TUNJA -BOYACÁ



CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA
TUNJA - BOYACÁ

PROYECTO DE GRADO

Por: Andrés Felipe Castellanos Rodríguez
Gabriel Felipe Ochoa Acosta

Director:

Dr. Arq. Mauricio Waked Machado

Universidad Santo Tomás Tunja

Facultad de Arquitectura

2019

Nota de Aceptación

Calificación

Firma Director de Proyecto:

Dr. Arq. Mauricio Waked Machado

2019

Este trabajo va dedicado primero a Dios quien fue mi guía y mi protector para el desarrollo de todas mis actividades académicas. Gracias a él tengo la oportunidad de culminar mis estudios en compañía de mis padres Henry Castellanos y Marina Rodríguez y mi hermano Leonardo Castellanos que son los que me han acompañado permanente mente. Le agradezco a la universidad por darme las mejores herramientas para ser un profesional y me guiaron para obtener buenos resultados.

A mis amigos con los que pase buenos y malos momentos que dieron su grano de arena para ser mejor persona.

ANDRÉS FELIPE CASTELLANOS RODRÍGUEZ

Dedico este trabajo primeramente a Dios quien fue mi guía constante en el desarrollo de este proyecto, a mis padres, Luis Gabriel Ochoa Díaz, Ruth María Acosta Supelano, a mis hermanas y familiares que sin dudarlo me brindaron la mano y me ayudaron en el transcurso de mi carrera para mi formación profesional, a todos aquellos Arquitectos que me brindaron sus conocimientos para hacer de mi un profesional ético y con gran sentido de pertenencia por mi carrera, y a aquellos amigos con los que conté en buenos y malos momentos a lo largo de mi estancia en la universidad.

GABRIEL FELIPE OCHOA ACOSTA



Imagen 1 Fuente: periodicolafuente.com

1. Introducción -----	8 – 9	13.4 Análisis Lote -----	35-36
2. Abstract -----	10	14. Determinantes Naturales-----	37
3. Planteamiento del Problema -----	12 – 13 – 14 -15	14.1. Proceso de Diseño -----	38
4. Pregunta Problema-----	16	14.2 Zonificación y Conexiones-----	39
5. Objetivos		15. Propuesta Urbana-----	40
4.1 Objetivo General -----	17	16. Desarrollo Arquitectónico -----	41-42-43-44-45-46-47-48-49-50
4.2 Objetivos Específicos -----	17	17. Desarrollo Constructivo-----	51-52
5. Justificación -----	18	18. Conclusiones de la Investigación ---	53
6. Delimitación del Problema -----	20	19, Bibliografía -----	54-55
7. Metodología-----	21	20, Tabla de Imágenes-----	56-57-58
8. Marco Teórico -----	22 – 23		
9. Marco Legal -----	24 - 25		
10. Marco De Referentes -----	26-27		
11. Marco Histórico -----	28-29		
12. Marco Geográfico -----	30		
13. Desarrollo del Proyecto -----	31		
13.1 Análisis Población -----	32		
13.2 Análisis Ciudad -----	33		
13.3 Análisis Sector -----	34		



Imagen 2 Fuente: Centro de Rehabilitación de la FEMM (17/01/2018)

1. INTRODUCCIÓN

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto. (1)

La aprobación y ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas -CDPD- en 2016, ha generado grandes avances en el reconocimiento y la garantía de los derechos de las personas con discapacidad (PCD). Este instrumento internacional fue el resultado de un proceso participativo de organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones que trabajan por la garantía de sus derechos, que unieron sus voces para denunciar la situación de discriminación y exclusión contra esta población, así como la invisibilidad del tema en las agendas públicas nacionales. Así, en la Convención se propuso una

mirada de la discapacidad como un fenómeno social complejo y no solamente como un asunto de salud, que era como se había venido tratando en las políticas públicas. En esta medida, los Estados Parte se comprometieron a reformar las normas vigentes que restringieran el goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad y a tomar las medidas necesarias para materializar los derechos humanos de esta población. (2)

En Colombia se ha venido avanzando en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad pero aún es necesario aunar los esfuerzos por lograr transformar los imaginarios sociales sobre la discapacidad para así lograr la plena inclusión social de esta población. A partir de los principios de la Convención, la acción pública debe entonces dirigirse a reconocer a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y deberes y, por tanto, crear mecanismos sociales efectivos de participación en la vida política y pública de esta población. (3)

Atendiendo a la problemática a nivel mundial y en Colombia de discapacidad y teniendo en cuenta que esta población se constituye en una de las más vulnerables por las discriminaciones, segregaciones y falta de acceso a oportunidades, esto debido a que la persona no solo va a contar con limitaciones físicas y sociales, sino también arquitectónicas, lo cual va a contribuir a su propia exclusión; para el caso de la ciudad de Tunja, esta no está preparada ni diseñada para ofrecer facilidades para que las personas con problemas motores se pueda desenvolver; por otro lado, existen centros de rehabilitación que no cubren la demanda de servicios y atenciones, es por esto que se desarrollara un proyecto, con el fin de beneficiar a las personas que se encuentren en estado de discapacidad, fortaleciendo su estilo de vida tanto laboral como familiar generando una respuesta a un déficit que se encuentre en este tipo de población.

El sector oriente de la ciudad fue escogido debido a que en la actualidad es un sitio que se encuentra en desarrollo ya que cuenta con el nuevo terminal de transportes y con los equipamientos necesarios para el suministro del desarrollo del proyecto, no dejando atrás la topografía que se encuentre en el barrio minuto de Dios.

El proyecto se encuentra dividido en dos grandes partes que es privado y público:

Privado:

Es este podemos encontrar que el equipamiento de salud (rehabilitación física), se generan unas instalaciones educativas, sociales, familiares y laborales para el desarrollo de cada uno, tendremos áreas especializadas que cumplan con el objetivo de mejorar una calidad de vida.

Público:

Con nuestra área cedida al espacio público generamos grandes espacios verdes y de integración para no solo para el beneficio propio del proyecto sino también para generar un beneficio de toda la comunidad, gracias a esta área tendemos una integración e inclusión social teniendo como resultado la interacción del discapacitado con la vida común generando un impacto de unión y armonía

1.1 ABSTRAC

This degree project is entitled “Comprehensive rehabilitation center for people with physical disabilities in the department of Boyacá. Its main objective is to design a comprehensive rehabilitation center for people with physical-motor disabilities, with infrastructure and specialized environments that provide comprehensive care that includes aspects: social, family and work, which efficiently benefit the disabled population of the department of Boyacá; responding in this way to the deficit of these centers. It will be located on the 18th street, with an area of 8,151 m². The technique and data collection was done through research and analysis of other projects of rehabilitation centers or environments for people with physical disabilities who are in the city and in the department, conducting field visits, interviews and surveys: to physiotherapists, nurses and patients specialists. The results obtained show that there is a deficit in health centers that provide comprehensive rehabilitation to people with physical disabilities in the department of Boyacá.



Imagen 3 Fuente: Revista Semana (7/14/2018)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de personas con discapacidad está creciendo, esto es debido al envejecimiento de la población, las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias. (4)

La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables. Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indican que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las personas en el quintil más pobre, las mujeres y los ancianos también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad (5). Las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad.

Los datos de las encuestas a base de indicadores múltiples en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños (6).

Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo, la mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para esta población. (7)

Colombia no tiene una cifra exacta de las personas con discapacidad, no obstante, el Censo del DANE de 2005 captó a 2.624.898 (6,3%) personas que refirieron tener alguna discapacidad. Desde el año 2.002 a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD. se han identificado y caracterizado 1.404.108 personas.

De acuerdo con las cifras del DANE el 58% (809.853) de las personas con discapacidad son mayores a 50 años de edad, mientras que el 12% (171.175) son menores de edad, en Colombia de cada 100 personas mayores de 80 años, 33 están en Registro de Discapacidad.

Según el Censo Poblacional DANE, realizado en 2005, “Boyacá tiene una prevalencia de discapacidad del 8,7 %, refiriendo a 104 087 personas en esta condición, porcentaje por encima del nivel nacional, que es de 6,3 %. Los municipios que presentan una mayor prevalencia de personas con discapacidad, según el censo del 2005, y de acuerdo al número de habitantes corresponden a: San Eduardo con 32,1 %, Sativanorte con 26,1 % y Zetaquirá con 25,0 %, seguidos por municipios como Toca con 19,3 %, La Capilla con 19,3 %, Cuitiva con 19,1 %, San Mateo y Chinavita con 17 %, y, los demás municipios con porcentajes inferiores a los relacionados, correspondiendo a los municipios de menor prevalencia Chiquinquirá con 4,1 % y Cucaita con 4,2 %”. (8)



Imagen 4 Fuente: MSPS: SISPRO, RLCPD, Junio2018

Estructura piramidal de la población con discapacidad. RLCPD

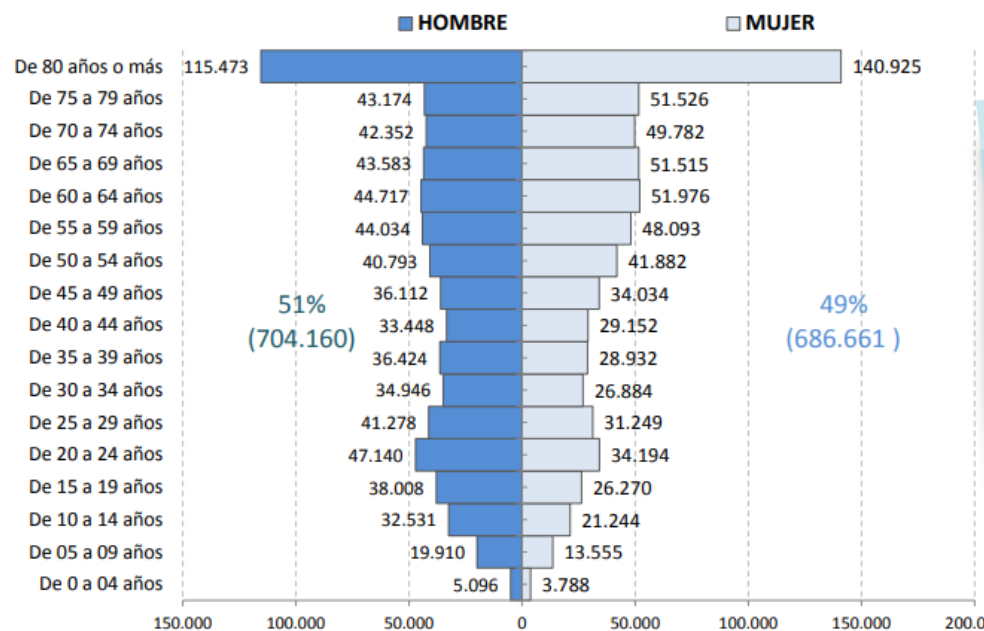


Imagen 5 Fuente: MSPS: SISPRO, RLCPD, Junio2018

Para Boyacá en el año 2017 el Registro de Localización y Caracterización de Personas en condición de Discapacidad reporta 41.869 personas en condición de discapacidad que equivalen al 3,27% del total de la población boyacense, distribuidas según género en un 50,96% hombres, 48,16% mujeres y un 0,87 que no reporta el tipo de género, dentro de los quinquenios se observa que en los grupos que hay mayor prevalencia de hombres es en el de 20 a 24 y mayores de 65 años y para los demás grupos la equivalencia cambia y pasan a ser más las mujeres que los hombres. La condición de discapacidad en la población del departamento se hace presente desde muy temprana edad, 189 casos son reportados en el grupo de 0 a 4 años, sin embargo, la distribución es directamente proporcional a la edad, a medida que aumentan los años también aumenta el número de personas en condición de discapacidad por lo que la mayor proporción se acumula en los mayores de 80 años con 8385 personas que equivale al 20% del total de casos; dentro de los grupos jóvenes los que concentran un número importante de personas en condición de discapacidad son los de 15 a 19 y 20 a 24 con proporciones respectivas de 5,9% y 6,6% (9)

El Municipio de Tunja en el año 2018 reporta 3286 personas en condición de discapacidad, equivalentes al 1,65% del total de su población; esta información es importante dado que son ciudadanos que deben incluirse en programas con enfoque diferencial del municipio; se distribuyen según sexo en un 49,73% hombres y 49,09% mujeres; al revisar esta distribución de forma más detallada en cada uno de los quinquenios se observa que en el grupo de edad 80 años y más existe una mayor discapacidad en el sexo Masculino. La discapacidad en la población del municipio se hace presente desde muy temprana edad, se resalta que la distribución de la discapacidad si es directamente proporcional a la edad, a medida que aumentan los años aumenta el número de discapacitados, es así como la mayor proporción está en el grupo de edad de 80 años y más acumulando el 12% de las personas en situación de discapacidad. Como dato relevante se encuentra que otros grupos quinquenales que concentran una proporción importante de discapacitados son los de 20 – 24 años y 25 a 29 años. (10)

De acuerdo con el Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad.

OBJETIVO 2: REFORZAR Y EXTENDER LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, HABILITACIÓN, TECNOLOGÍA AUXILIAR, ASISTENCIA Y APOYO, ASÍ COMO LA REHABILITACIÓN DE ÁMBITO

COMUNITARIO 32. No todas las personas con discapacidad, pero sí muchas de ellas, necesitan servicios de habilitación, rehabilitación, tecnología auxiliar, asistencia y apoyo, así como rehabilitación de ámbito comunitario. A menudo el acceso a una serie de servicios y tecnologías es un requisito previo para que las personas con discapacidad puedan ir a trabajar, participar en la vida ciudadana, acceder a la atención de salud y, en el caso de los niños, asistir a la escuela. Todos estos servicios tienen por principal objetivo hacer posible que la persona se integre y participe en la comunidad. 33. En el artículo 26 (Habilitación y rehabilitación) de la Convención se recalca la necesidad de que los Estados Partes adopten medidas apropiadas para organizar, reforzar y ampliar servicios y programas de habilitación y rehabilitación en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales.

En el mismo artículo se estipula que los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías y dispositivos auxiliares con fines de habilitación y rehabilitación. Además, los artículos 4 (Obligaciones generales), 20 (Movilidad personal) y 32 (Cooperación internacional) exigen a los Estados Miembros y la comunidad internacional que inviertan en facilitar el acceso a tecnología auxiliar de calidad, por ejemplo ofreciéndola a un costo asequible. 34. La habilitación y la rehabilitación pueden paliar los efectos de muy diversos problemas de salud (tales como enfermedades o traumatismos). Estos dos procedimientos vienen definidos en el Informe mundial sobre la discapacidad como «conjuntos de medidas que ayudan a las personas que padecen o pueden probablemente padecer una discapacidad a lograr y mantener un funcionamiento óptimo, en interacción con su entorno». Ambos procesos, que engloban atención médica, terapia y tecnologías auxiliares, deben comenzar lo antes posible y ofrecerse a las personas con discapacidad lo más cerca posible del lugar donde vivan. (11)

3. PREGUNTA PROBLEMA

¿Por qué en Boyacá no hay un trato especializado a las personas con discapacidad física y nerviosa?





Imagen 7 Fuente: NovoFisio/Blog. (11/07/2016)

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Satisfacer las necesidades de la comunidad en estado de discapacidad en Tunja -Boyacá mediante un diseño arquitectónico que busque mejorar la calidad de vida con énfasis en rehabilitación física-motriz.

4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar espacios funcionales y óptimos que vayan de acuerdo al programa arquitectónico que responda a las necesidades del usuario, espacio para las terapias de rehabilitación, atención médica, psicológica, nutricional y todo tipo de actividades de prevención y rehabilitación que requiera el centro por medio de un programa arquitectónico.
2. De acuerdo al programa los lineamientos generales de diseño para personas con discapacidad, evaluando la normatividad como los requerimientos básicos que permitan un efectivo desplazamiento de los pacientes discapacitados
3. Generar una propuesta arquitectónica que beneficie al lugar mediante la creación de un espacio público urbano en base a una arquitectura que posea elementos abiertos que se integren al entorno.

5. JUSTIFICACIÓN

Por lo tanto, la falta de equipamientos de salud enfocados a la discapacidad física genera que la población en estado de discapacidad no tenga una calidad de vida con esto buscamos dar una solución principalmente a la problemática de discapacidad por medio de un diseño y una edificación (centro de rehabilitación física-motriz) donde se desarrollen actividades educativas y mejoramiento de vida enfocadas en brindar bienestar y una mejor calidad de vida a la población de Boyacá.

Hay que tener en cuenta que uno de los puntos clave para poder desarrollar el centro de rehabilitación física-motriz es el desarrollo económico de la región, teniendo en cuenta cada uno de los sistemas de producción. Pero no podemos dejar de lado el desarrollo que se tiene con la ciudad ya que nos dará paso a un desarrollo más amplio y con un crecimiento económico que se enfocará en mejorar el desarrollo del sector llevando a una mejor calidad de vida y una sana convivencia.

El centro de rehabilitación física-motriz lo que busca es darle una prioridad a esas personas que no cuentan con un espacio apropiado para rehabilitar sus dificultades y volverlas unas fortalezas generándoles un estilo de vida apropiado tanto familiar como laboral generando una equidad en campos laborales y socioculturales y la forma de poder realizar un tipo de proyecto que sea productivo es por medio de las zonas gubernamentales que también quieren generar un vínculo con las personas con movilidad reducida claro está que sus derechos se han vulnerado pero aun así quieren hacer parte de este proyecto y se necesita de ello para la elaboración y la aprobación de un proyecto que genere un impacto a esa escala. La forma de ayudar es con la construcción y la planificación de este tipo de proyecto que da una solución social y laboral.



Imagen 8 Fuente: Centro De Atención Múltiple (CAM)

6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Se realiza un estudio de un centro de rehabilitación física para la población de Boyacá en el cual se determina que población con algún tipo de movilidad reducida no cuenta con un espacio para su rehabilitación, esto conlleva a realizar un estudio para su ubicación y diseño especializado en la rehabilitación física.



7. METODOLOGÍA

La metodología empleada en este proyecto fue la investigación de la población de la ciudad de Boyacá con discapacidades físico – motrices, y encuestas entregadas por la Gobernación de Boyacá , secretaria de salud y el DANE de las personas con movilidad reducida, al analizar las encuestas y los papeles entregados por estas entidades , se creó una zonificación que permite atender a las personas con un orden de tiempo, ya que las actividades más rápidas están cerca del ingreso y las más demoradas se encuentran a continuación , creando así una circulación limpia que permita la correcta movilidad de las personas con condición de discapacidad, se tuvo en cuenta la ubicación de cada uno de los espacios requeridos por la secretaria de salud para el funcionamiento de estos espacios por ventilación, iluminación e higiene que permita que no se albergue ningún tipo de bacteria en este centro de rehabilitación física.



Imagen 10 Fuente: Linda Rueda de la Hoz – El Espectador – 5/04/2018

8. MARCO TEÓRICO

El ser humano a lo largo de los años se ha preocupado por permanecer en constante desarrollo, mental, cultural y social; para ello, se debe contar con una buena salud tanto física como mental; se ha considerado que la discapacidad es un problema netamente físico y científico en el cual se ha concluido que las personas que se encuentran en estado de discapacidad pueden aportar al desarrollo de la sociedad siempre y cuando sean rehabilitados y puedan parecerse a los demás para tener valor como persona. (12)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud -OMS, utiliza un enfoque “biopsicosocial”, y define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. La CIF Incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales). (OMS, 2002). La inclusión social de personas con discapacidad expresa el adecuado acceso a bienes y servicios, procesos de elección colectiva, la garantía plena de los derechos de los ciudadanos y la eliminación de toda práctica que conlleve a marginación y segregación de cualquier tipo. Este proceso permite acceder a todos los espacios sociales, culturales, políticos y económicos en igualdad de oportunidades.

El concepto que se maneja en Colombia respecto a la rehabilitación integral, establece la visión multidimensional y biosicosocial de las personas con discapacidad, lo que implica la provisión continua y coherente de acciones dirigidas al individuo, a su familia y a su comunidad, desarrolladas en corresponsabilidad por los diferentes sectores: salud, educación, trabajo, cultura, recreación y deportes, comunicaciones y transporte, entre otros, con el objeto de facilitar la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación e inclusión social de la población. (13)

En Colombia los avances con respecto al manejo de población en condición de discapacidad se basan en la formulación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social - PPDIS, cuyo objetivo es asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores para el periodo 2013 – 2022. Dichos derechos deben ser garantizados partiendo de la comprensión de que cada territorio tiene unas características físicas, económicas, culturales y políticas que le son propias y que configuran su particularidad, razón por la cual las acciones de política pública deben adaptarse a dichas particularidades, siempre teniendo presente que el vínculo nación – territorio es el que permite que toda la sociedad colombiana, desde su diversidad, transite por la misma vía para el logro de la inclusión plena de las personas con discapacidad.(14)

Derivado de esta política se establecen acciones basadas en la Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC, la cual es una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país.(15)

Los anteriores conceptos teóricos y la evaluación de las directrices en torno a la discapacidad en Colombia han permitido que se creen centros de rehabilitación enfocados a mitigar la problemática; para la ciudad de Tunja actualmente existe solo un centro de rehabilitación denominado “Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá E.S.E” en el cual se prestan servicios ambulatorios, apoyo terapéutico, internación, etc., todos ellos encaminados más que todo a la salud mental, cosa que se queda muy corta a la hora de revisar las estadísticas en donde la población de todo el departamento cuenta con discapacidad en diferentes ámbitos.

9.MARCO LEGAL

Colombia cuenta con una amplia gama de Leyes y decretos que amparan el desarrollo e integridad de las personas que se encuentran en estado de discapacidad; hay que señalar que la principal fuente de protección a las personas que cuentan con esta condición la encontramos en la Constitución política de Colombia de 1991 más específicamente en sus artículos 13, 47, 54 y 68, los cuales manifiestan en su orden los siguiente:

Artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

ARTICULO 47: El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

ARTICULO 54: Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.

ARTICULO 68: (...) La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

Decreto 2177 de 1989 el cual establece el reglamento sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, trabajo y empleo. El gobierno dentro de la política nacional de empleo debe adoptar programas permanentes y continuos, para la creación de fuentes de empleos para personas con limitaciones, rehabilitadas integral y profesionalmente y en condiciones de competitividad laboral, mediante mecanismos que estimulen la creación de trabajo dependiente, organización de formas asociativas, microempresas, grupos cooperativos y pre cooperativos, por medio de campañas hacia empleadores públicos y privados, y los ministerios de trabajo y seguridad social, educación nacional, salud y demás entidades gubernamentales que realicen actividades de educación especial, capacitación y rehabilitación.

Ley 100 de 1993 creó el sistema general de seguridad social en salud en el cual se contempla la atención en salud y la rehabilitación de las personas con deficiencia o con discapacidad, cualquiera que haya sido su patología causante. De igual forma establece un programa de auxilios para minusválidos de 50 o más años de edad.

Ley 324 de 1996 “Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda” y demás normas que las reglamentan o modifican.

Ley 361 de 1997 comprende la constitución de mecanismos de integración social para las personas con limitaciones, elementos que se basan en la Constitución Nacional reconociendo así la dignidad, sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales los cuales son utilizados para su realización como personas, su integración social y la asistencia y protección necesarias, para lo cual se amparara en el Estado como garante en cualquier circunstancia tanto personales, económicas, físicas, fisiológicas, síquicas, sensoriales y sociales.

Ley 762 de 2002 Por medio de la cual se aprueba la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad

10.MARCO DE REFERENTES

10.1 CENTRO DE REHABILITACIÓN: “ENTORNO DE BIENESTAR Y SALUD”

MADRID-ESPAÑA

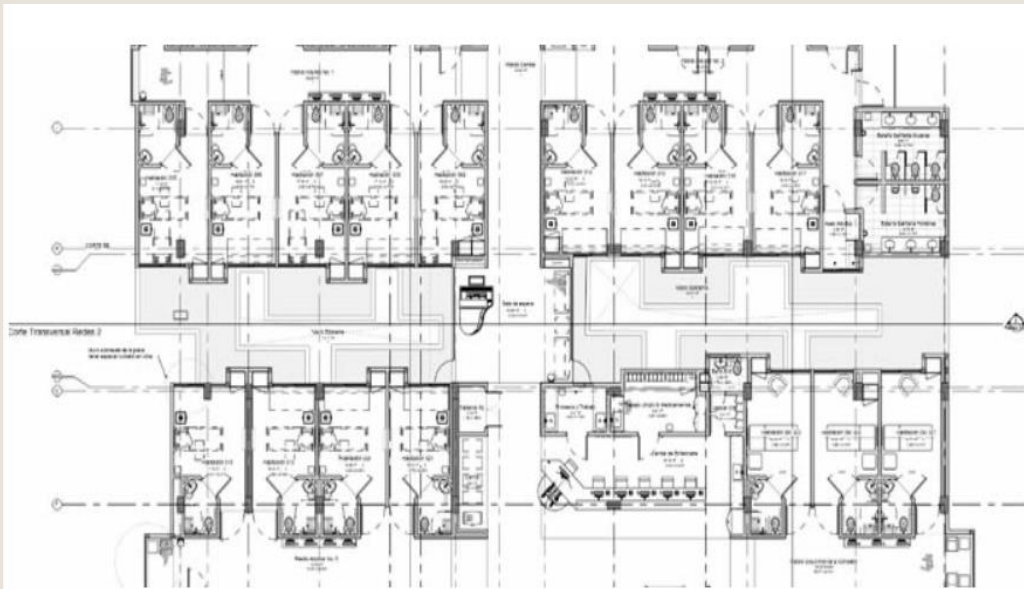


En este centro se da una atención para personas con discapacidad, personas mayores o aquellas que necesiten una atención en terapia por medios acuáticos, gimnasia pasiva y que presenten verdaderos problemas de anquilosamiento o movilidad.

Su fachada es sencilla, pero atiende a todas las estaciones de manera estratégica para la comodidad del paciente y sus familiares ya que responde a circulaciones internas amplias con una circulación que permite la repartición a los diferentes espacios de rehabilitación.

Imagen 11 Fuente: Fundacioncedel.com/Memoriacentroderehabilitación (2014)

10.2 CENTRO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN BOGOTÁ - COLOMBIA



Este centro se caracteriza por sus espacios verdes internos que dan una sensación de tranquilidad para el paciente, también contando con un espacio de música clásica en el ambiente que permite una sensación de tranquilidad y estabilidad que permite que el cerebro tenga mayor respuesta ante los estímulos. Tiene una circulación en forma de cruz que permite señalar las zonas y dividir los sectores para comodidad del paciente y sus necesidades.

Imagen 12 Fuente: Fundacioncedel.com/Memoriacentroderehabilitación (2014)

11.MARCO HISTÓRICO

En épocas históricas la discapacidad fue objeto de regulación por los romanos cuando establecieron los efectos civiles de las personas con discapacidades mentales o cognitivas creando la curatela, una institución para administrar los bienes de un sujeto denominado sui iurispúber o incapaz por no tener capacidad de ejercer por si solo sus derechos. Durante aquel tiempo, las personas con discapacidad mental (esto es, los privados de razón) se llamaban “furiosos”, y aquellos con limitaciones o pobre en el desarrollo de sus facultades intelectuales se denominaban “mente captus.” (16)

El Código de Napoleón, en su título XI, sobre la mayoría de edad y de los mayores que están protegidos por la ley, respecto a los discapacitados mentales, en su artículo 489 indicaba: “El mayor de edad que esté en un estado habitual de imbecilidad, de demencia o de furor debe ser sujeto a interdicción, aun cuando ese estado presente intervalos lúcidos”. (16)



Imagen 13 Fuente: Guillermo Romero Salamanca – UniminutoRadio – (12711/2019)

En la antigüedad se habla de un modelo de prescindencia en el que la causa de la discapacidad tenía origen religioso, se consideraba que las personas con discapacidad eran una carga para la sociedad, sin nada que aportar a la comunidad, se suponía inconveniente el crecimiento y desarrollo de niños y niñas con discapacidad; concebir una persona con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres por lo tanto era una vida que no merecía ser vivida y eran sometidos a prácticas eugenésicas como los infanticidios. Durante la edad media se pasó a una etapa de marginación en la que se apelaba a la caridad y la mendicidad (17)

A finales del XVIII y comienzos del XIX surge el segundo modelo denominado rehabilitador o modelo médico, y el tercer modelo se remonta a los años sesenta y setentas del siglo XX. En la antigüedad, la persona con discapacidad era tratada como un animal salvaje, pero en la Edad Media disminuyen las medidas más drásticas aumentando la exposición y el abandono de niños, así como los asilos, reformatorios y manicomios. Esta primitiva institucionalización, acompañada del auge de la medicalización, será característica de una segunda fase, que comienza a finales del siglo XIX, y es la fase de reclusión, o de la persona con discapacidad como animal doméstico; esta persona deja de ser excluida del mundo humano y adquiere la categoría de ser humano, pero enfermo (18).

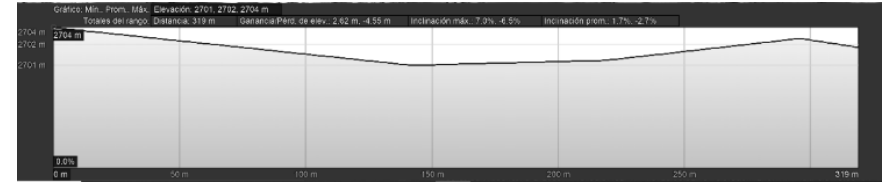
En los años sesenta del siglo pasado se alcanza la tercera y última fase de integración y normalización, en la que la persona con discapacidad se considera, al fin, un ser humano. La gran conquista de esta época es que la sociedad acepta la diferencia y respeta la persona con discapacidad como persona humana. A partir de esta tercera fase se empieza a elaborar la reflexión contemporánea sobre la discapacidad (18).

Hacia finales de 1960, las organizaciones de personas con discapacidad, empezaron a formular un nuevo concepto, en él se reflejaba la relación existente entre las limitaciones que experimentaban esas personas, el diseño y la estructura de su entorno y la actitud de la población en general (4).

La discapacidad se ha presentado y concebido de formas diversas a lo largo de la historia, siendo tal vez la actitud de la sociedad y la posición de las personas con discapacidad en el contexto social, el criterio más apropiado para diferenciarlas. Sin embargo, la historia reciente ha girado en torno a la dialéctica entre el modelo médico y el modelo social, considerados como los principales referentes conceptuales de la discapacidad. (18).

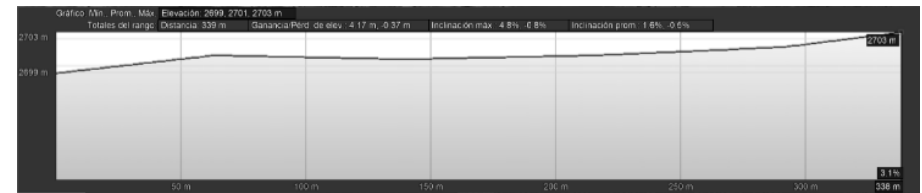
12.MARCO GEOGRÁFICO

Tunja es la Capital del Departamento de Boyacá - Colombia, Ubicada dentro de la Provincia CENTRO, sobre la cordillera oriental de los Andes a 130 km al noreste de la ciudad de Bogotá, la provincia del Centro es una de las 13 Provincias del Departamento de Boyacá, en Colombia. Comprende 15 municipios, entre ellos a la capital del Departamento. El Municipio de Tunja, se encuentra en la parte central del departamento de Boyacá. Localizado a 05 o 32'7" de latitud norte y 37 o 22'04" de longitud oeste, con alturas que van desde los 2.700 m.s.n.m. hasta 3.150 m.s.n.m. en la parte más elevada; con una extensión de 121.492 Km2, y una temperatura de 13° C. Limita por el NORTE con los Municipios de Motavita y Combita, al ORIENTE con los Municipios de Oicatá, Chivatá, Soracá y Boyacá, por el SUR con Ventaquemada y por el OCCIDENTE con los Municipios de Samacá, Cucaita y Sora. El municipio de Tunja tiene una extensión territorial de 118,3364 kilómetros cuadrados, el área urbana cuenta con una extensión de 19,0767 que equivale al 16,12 % y una extensión rural de 99,2597 que corresponde al 83,88 % lo que se hace necesario fijar las miradas con enfoque de salud hacia el área rural. (10)



CORTE VERTICAL

Imagen 14 Fuente: GoogleEarth



CORTE HORIZONTAL

Imagen 15 Fuente: GoogleEarth

13. DESARROLLO DEL PROYECTO

13.1 ANÁLISIS POBLACIÓN

El 61% de la población con discapacidad registrada en el departamento viven en zona rural, el 35% en zona urbana, el 4% en centro poblado, el 47% habita en el estrato 1, el 45% en el estrato 2. El 3% en el estrato 3 y el 5% no reporta.

PREVALENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE ACUERDO A ALTERACIONES PERMANENTES Y/O FUNCIONES CORPORALES

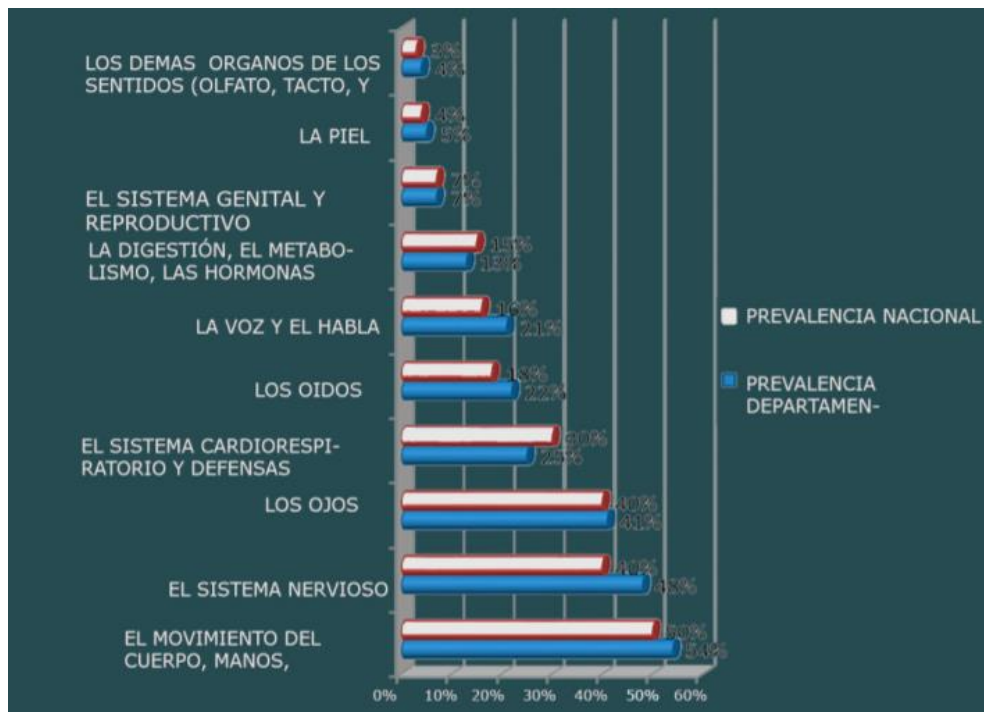


Imagen 16 Fuente: MSPS registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (Diciembre 2015)

AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SALUD

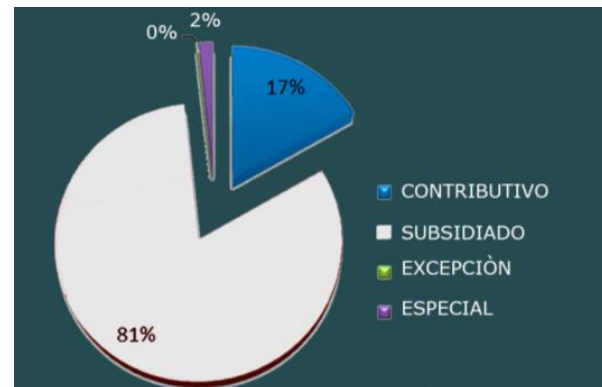
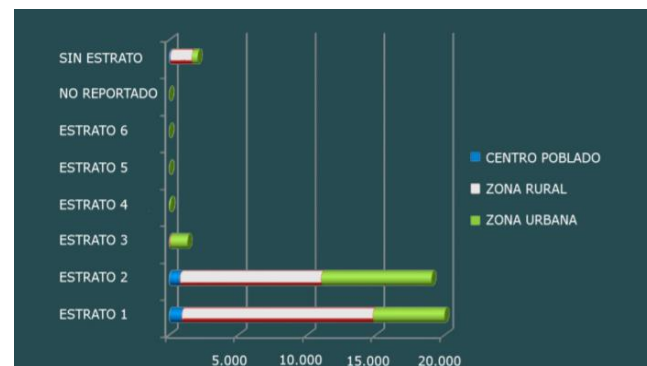


Imagen 17 Fuente: MSPS registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (Diciembre 2015)



DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y ESTRATO

Imagen 18 Fuente: MSPS registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (Diciembre 2015)

13.1 CUADRO DE NECESIDADES

PROGRAMA ARQUITECTONICO CENTRO DE REHABILITACION FISICA "NUEVA VIDA"			
SUBAREA		CANTIDAD	TOTAL, M2
RECEPCION		1	26
SECRETARIA		1	13
OFICINA DIRECTOR		1	50
M O D U L O 1	CONTABILIDAD	1	60
	PAGADURIA	1	
	RECURSOS HUMANOS	1	
SALA DE JUNTAS		1	58
ARCHIVO		1	100
SALA DE ESPERA GENERAL		1	40
BAÑOS		1	38
AUDITORIO		1	114

ADMINISTRACION

SUBAREA	CANTIDAD	TOTAL, M2
SALA DE ESPERA	1	87
BAÑOS	1	52
ENFERMERIA	2	36
JEFE DE ENFERMERIA	1	30
DIRECTOR CONSULTA EXTERNA	1	60
C. FISIATRIA	1	30
C. KINESIOLOGIA	1	30
C. TERAPIA OCUPACIONAL	1	30
C. NUTRICION	1	30
C. ODONTOPEDIATRIA	1	30
C. NEUROLOGIA	1	30
C. PSICOLOGIA	1	21
FARMACIA	1	54
CITAS	1	30
VACUNACION	1	21
ARCHIVO	1	35
FACTURACION	1	38

CONSULTA EXTERNA

SUBAREA	CANTIDAD	TOTAL, M2
CENTRO DE ELECTRODOS	1	180
MECANOTERAPIA INDIVIDUAL	2	196
GIMNASIO DE REHABILITACION FISIOTERAPIA	1	210
ELECTROTERAPIA Y ULTRASONIDO	1	95
REHABILITACION DE MARCHA	1	270
HIDROTERAPIA INDIVIDUAL	1	212
HIDROTERAPIA GRUPAL	1	630
SALA DE ESPERA	1	112
AUDIOLOGIA	1	190
MOVILIZADORES PASVOS	1	200
MAGNETOTERAPIA	1	270
SALA DE SISTEMAS	1	170
BAÑOS	1	70
SALA DE ARTE	1	212
SALON DE TEATRO	1	190
SALON DANZA Y RECREACION	1	200
SALA DE ESPERA	1	90

REHABILITACION ENSEÑANZA

SUBAREA	CANTIDAD	TOTAL, M2
CUARTOS DE 1 CAMA	6	78
CUARTOS DE 2 CAMAS	6	120
CUARTOS DE 3 CAMAS	8	160
ISLA DE ENFERMERAS	1	50
SALA DE ESPERA	1	60
BAÑOS	1	25
CUARTO DE ASEO	2	14

SUBAREA	CANTIDAD	TOTAL, M2
RECEPCION	1	25
SALA DE RECUPERACION	1	154
CUARTO DE INSTRUMENTOS	1	38
CUARTO DE UTENCILIOS	1	25
SALA DE MEDICOS	1	50
SALA DE PARAMEDICOS	1	45
CASILLEROS	1	10
BAÑOS	1	7.50
SALA DE CIRUGIA	6	222

CIRUGIA

Z.	SUBAREA	CANTIDAD	TOTAL, M2
S O C I A L	RESTAURANTE Y CAFETERIA	1	460
	BAÑOS	1	112
	PARQUEDEROS	53	1801

13.2 ANÁLISIS CIUDAD

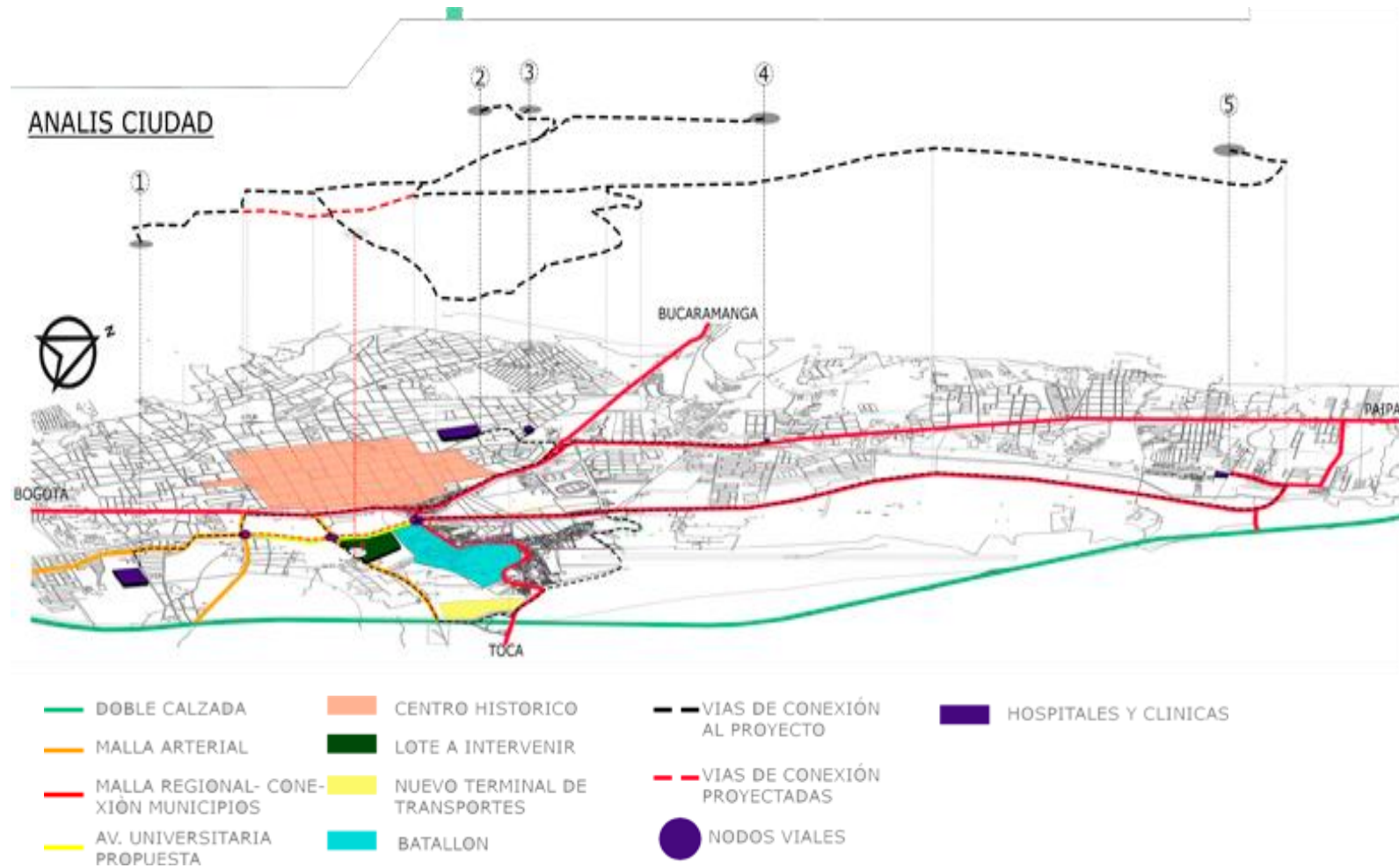


Imagen 19 Fuente: Alcaldía Tunja y Elaboración propia

13.3 ANÁLISIS SECTOR

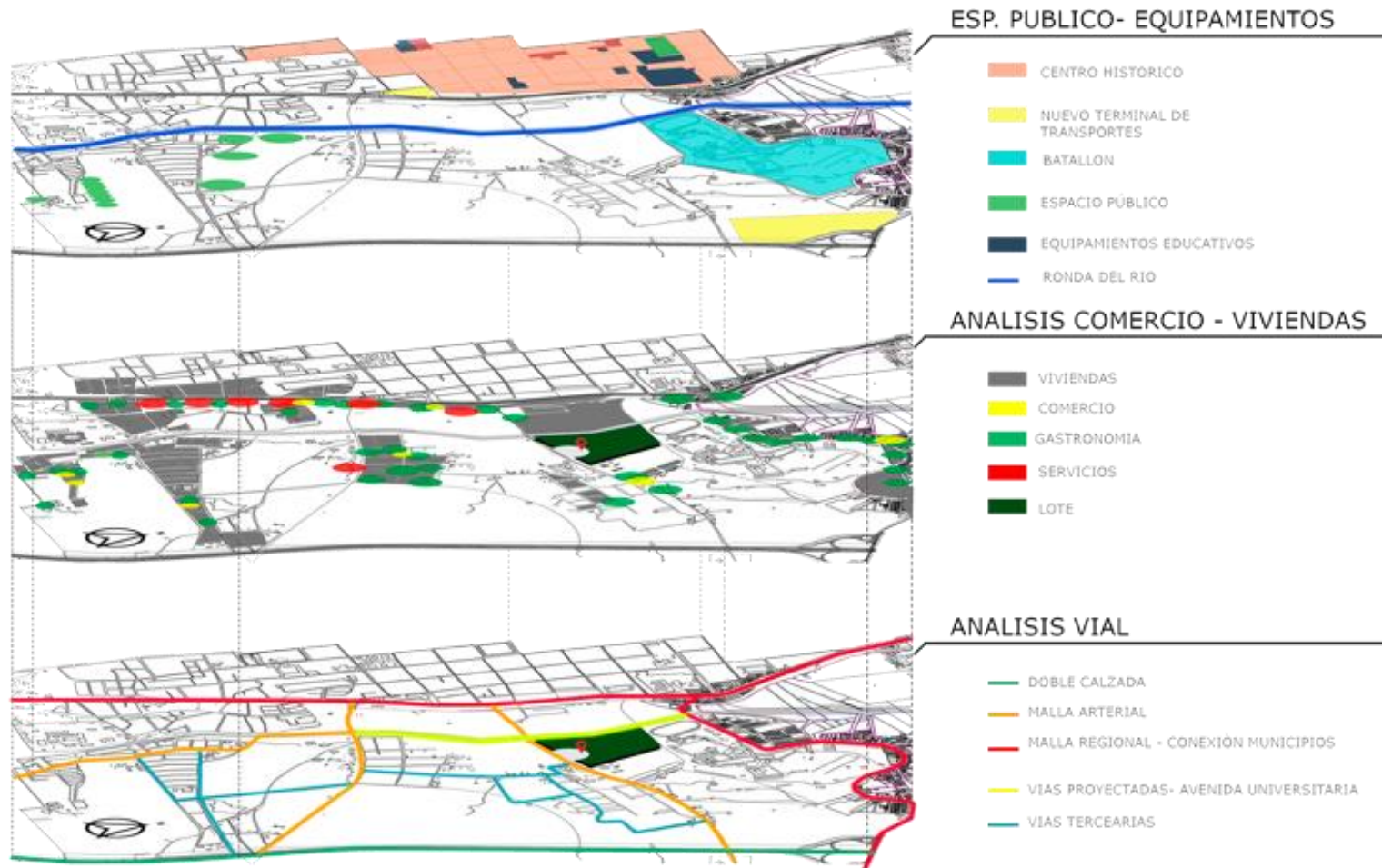
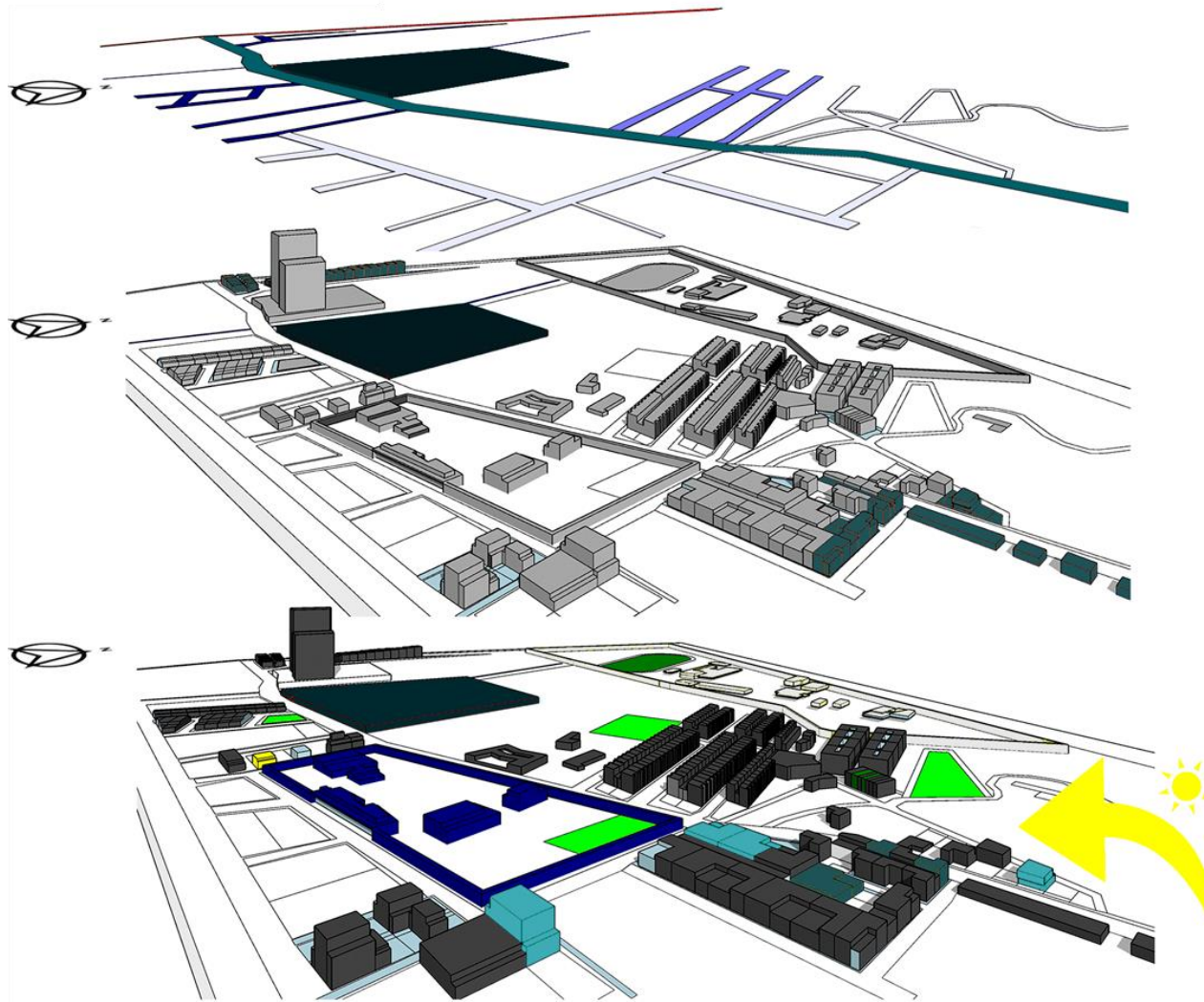


Imagen 20 Fuente: Alcaldía Tunja y Elaboración propia

Se puede evidenciar que en el sector se encuentra gran cantidad de comercio y servicios tipo 1, su gran mayoría sobre la avenida oriental y la otra parte en el sector de San Antonio. Por otra parte, las vías arteriales se encuentran en buen estado, pero sin el perfil vial óptimo para la inclusión a la persona con discapacidad y las vías conectoras se encuentran en un estado deplorable. Cabe resalta que en gran parte del sector se encuentran predios sin urbanizar

13.4 ANÁLISIS LOTE



VIAS DE ACCESO Y CONECTORAS

- VIA ARTERIAL CALLE
- VIAS SECTOR ESTADO MEDIO
- VIAS MAL
- VIAS CONECTORAS BUEN

TOPOGRAFIA

- SECTOR DE MAYOR INCLINACIÓN
- SECTOR PLANO
- LOTE

CONFORMACION TERRITORIO

- VIVIENDA
- COMERCIO TIPO 1
- SERVICIOS TIPO 1
- ESPACIO PUBLICO
- EQUIPAMIENTO DE SEGURIDAD
- EQUIPAMIENTO EDUCATIVO
- LOTE

13.4 ANÁLISIS LOTE Y ENTORNO

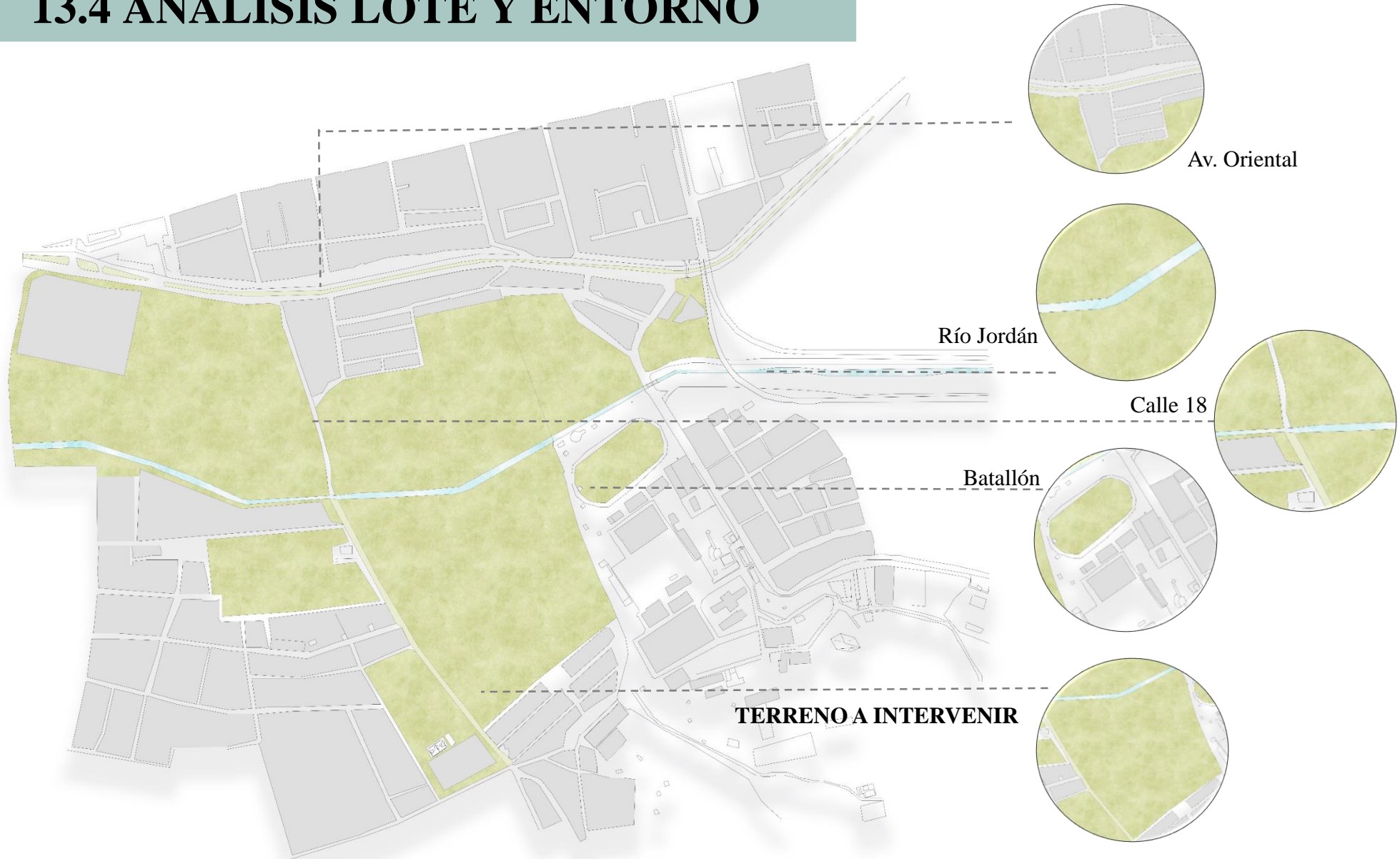


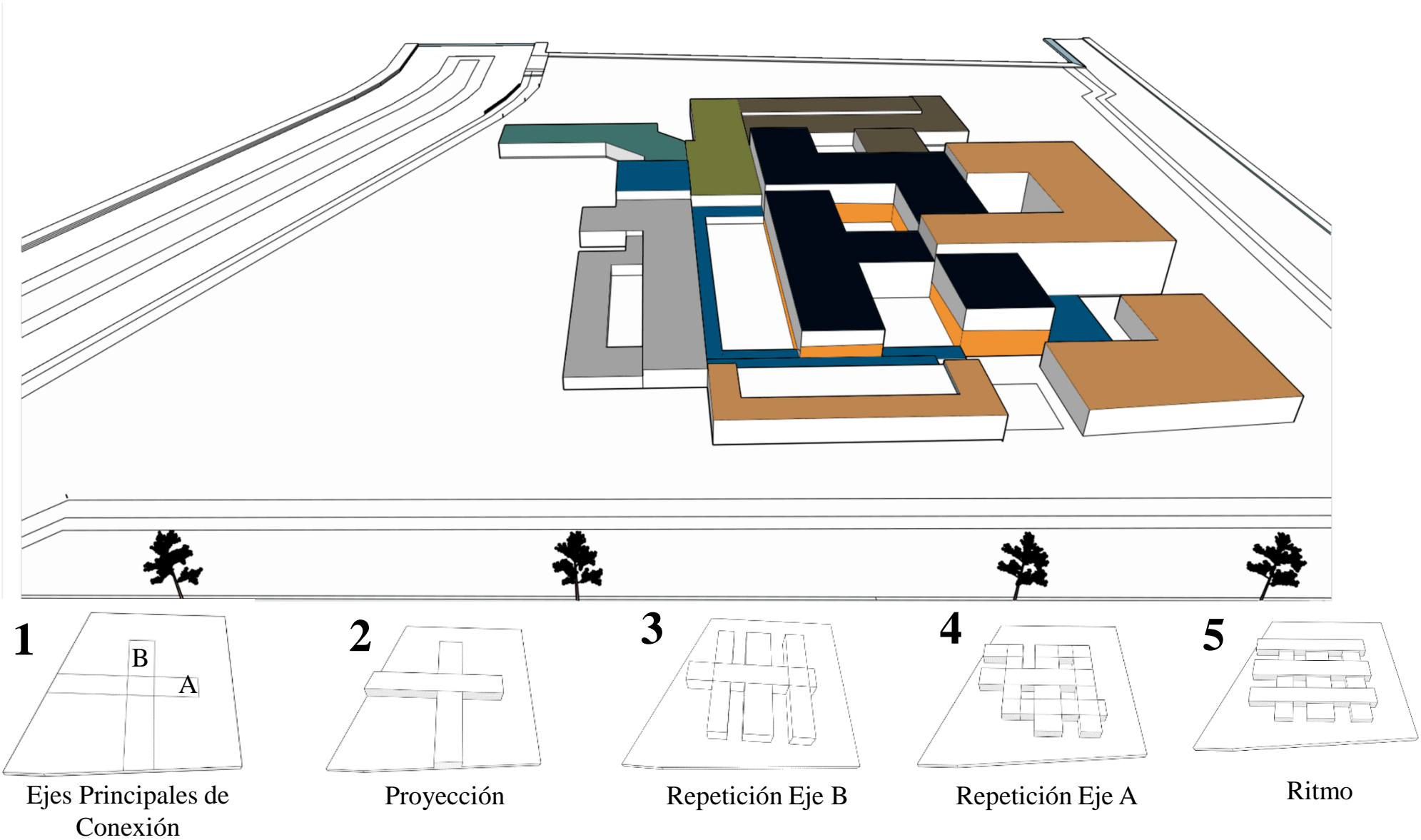
Imagen 22 Fuente: Elaboración propia

14. DETERMINANTES NATURALES

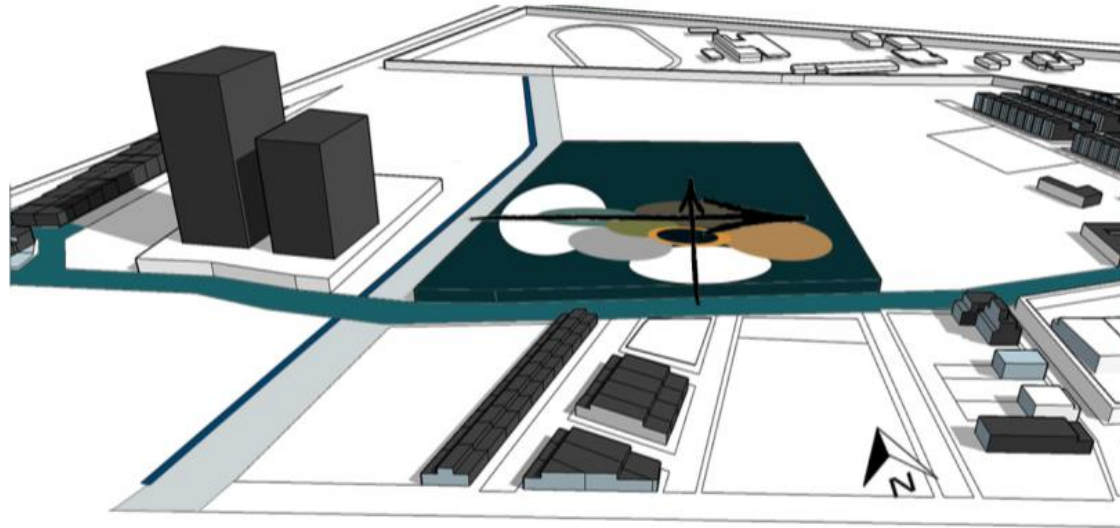


Imagen 23 Fuente: Elaboración propia

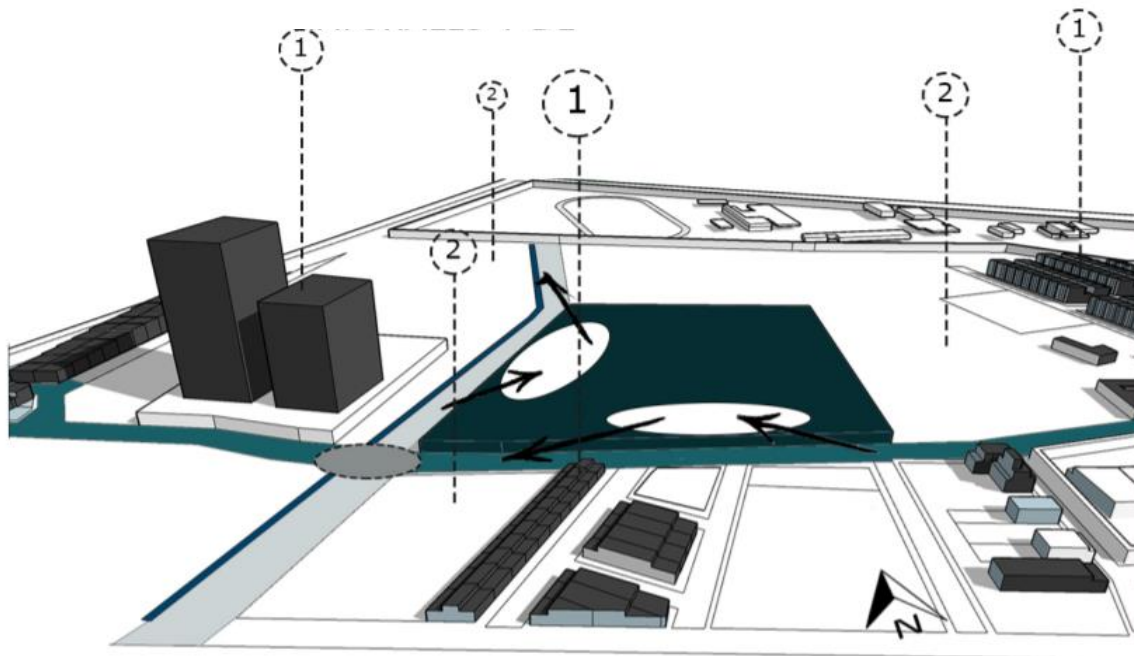
14.1 PROCESO DE DISEÑO



14.2 ZONIFICACIÓN Y CONEXIONES



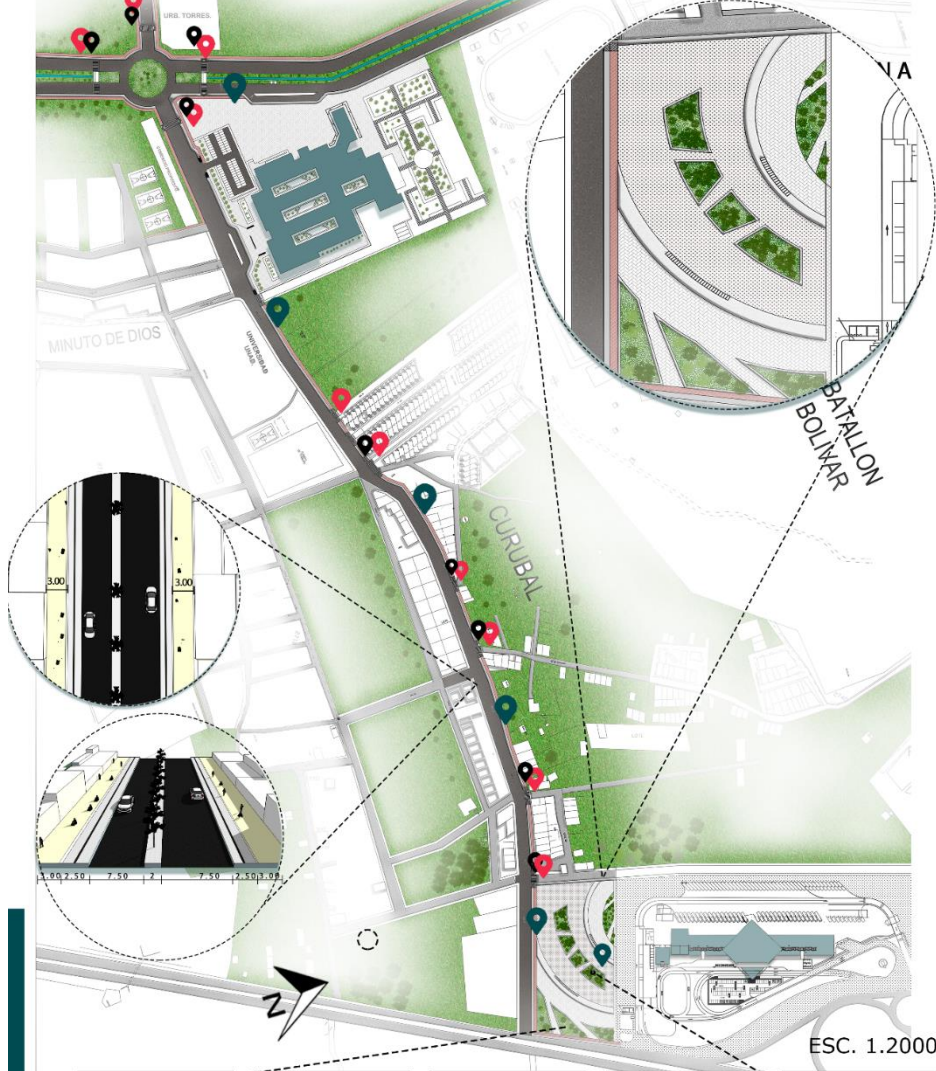
- ADMINISTRACIÓN
- CONSULTA EXTER.
- SERVICIOS
- REHABILITACIÓN
- Z. PUBLICA
- INVESTIGACIÓN
- CIRUGIA- HOSPITALIZA-
CIÓN



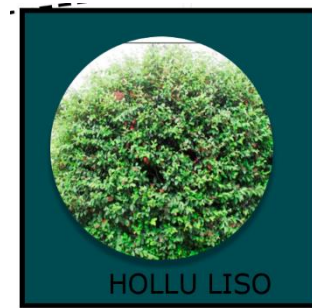
- LOTE
- CONEXIÓN DIRECTA
CALLE 18- TERMINAL
- CONEXIÓN DIRECTA
AVEN. UNIVERSITARIA
- PUNTOS DE CONEXIÓN
CON EL LOTE
- NODO VIAL
- 1 CONEXIÓN CON VIVIEN-
DAS EXISTENTES
- 2 DESARROLLO DE LOTES
VALDIOS

15. PROPUESTA URBANA

CENTRO DE REHABILITACIÓN FÍSICA "NUEVA VIDA"



ALTA LUMINOSIDAD, NO REQUIERE SUELOS DE ALTA FERTILIDAD



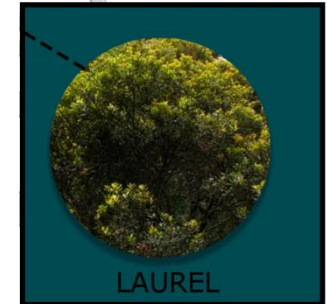
USO ORNAMENTAL, ALTURA DE 3-4 MDE ALTURA



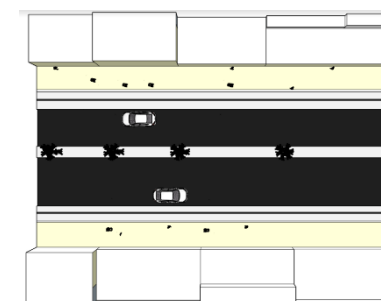
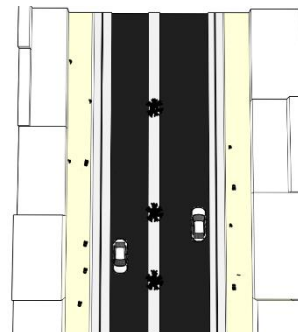
USO ORNAMENTAL- APROXIMADAMENTE 8 METRIOS DE ALTURA 1700 A 2800 MSNM



DE HASTA 10 METROS DE ALTURA- ORIGINARIO DE LA CORDILLERA CENTRAL 2.400-3.100 MSNM

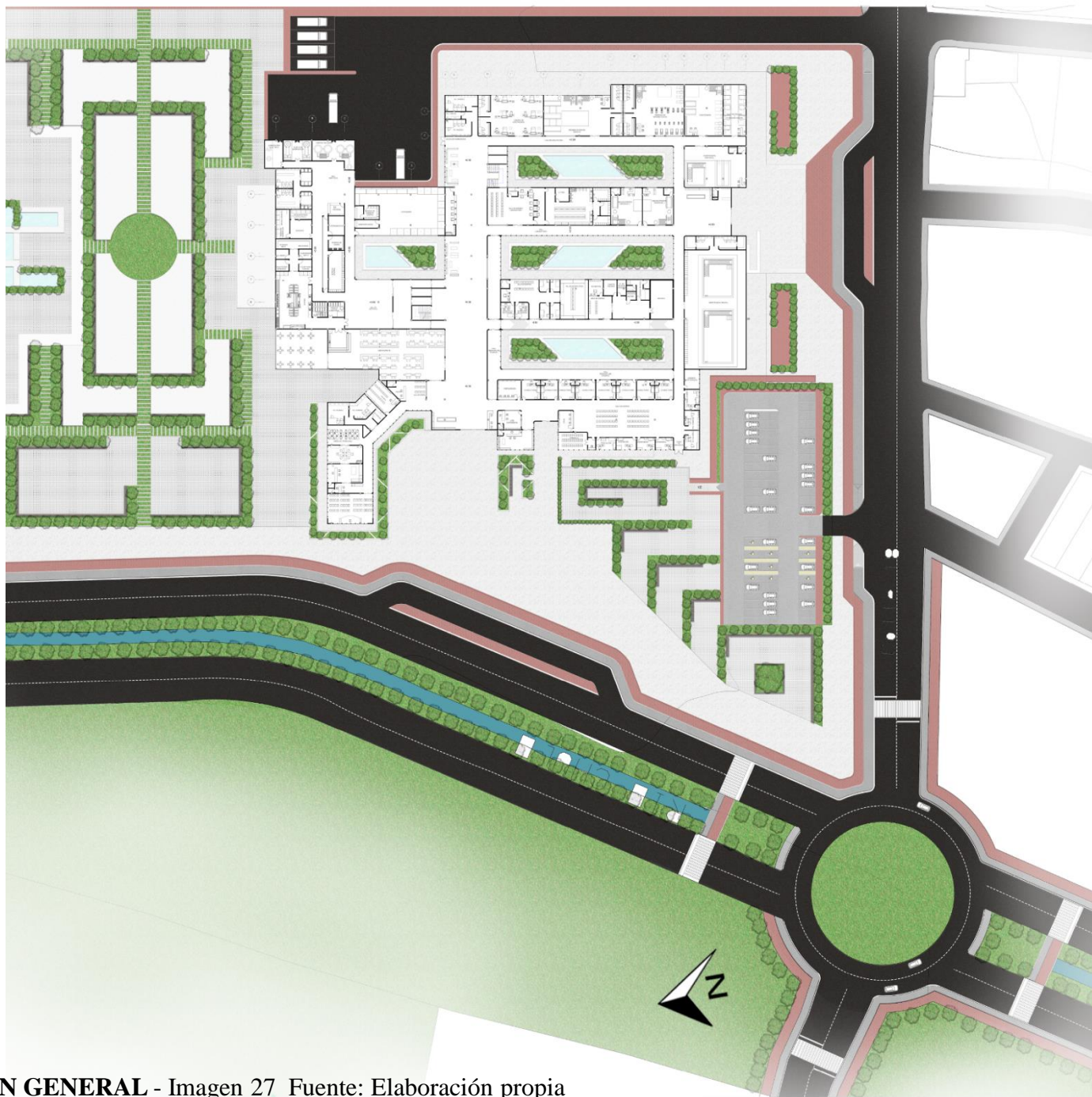


DE HASTA 8 M. DE ALTO, ORIGINARIA DE LA CORDILLERA ORIENTAL- CRECE SOBRE LOS 1.700-3.400 MSNM

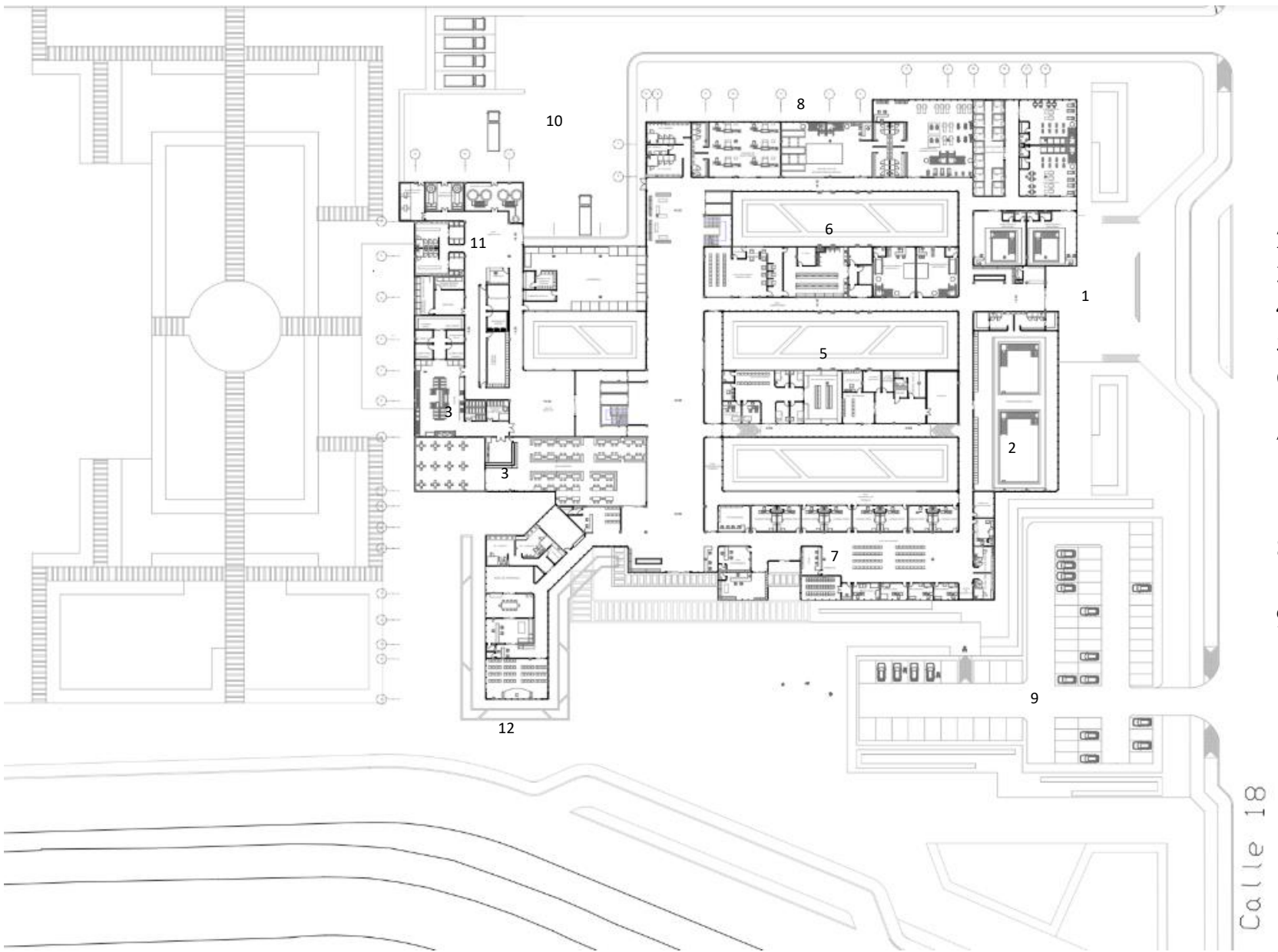


Perfil vial propuesto calle 18

16. DESARROLLO ARQUITECTÓNICO

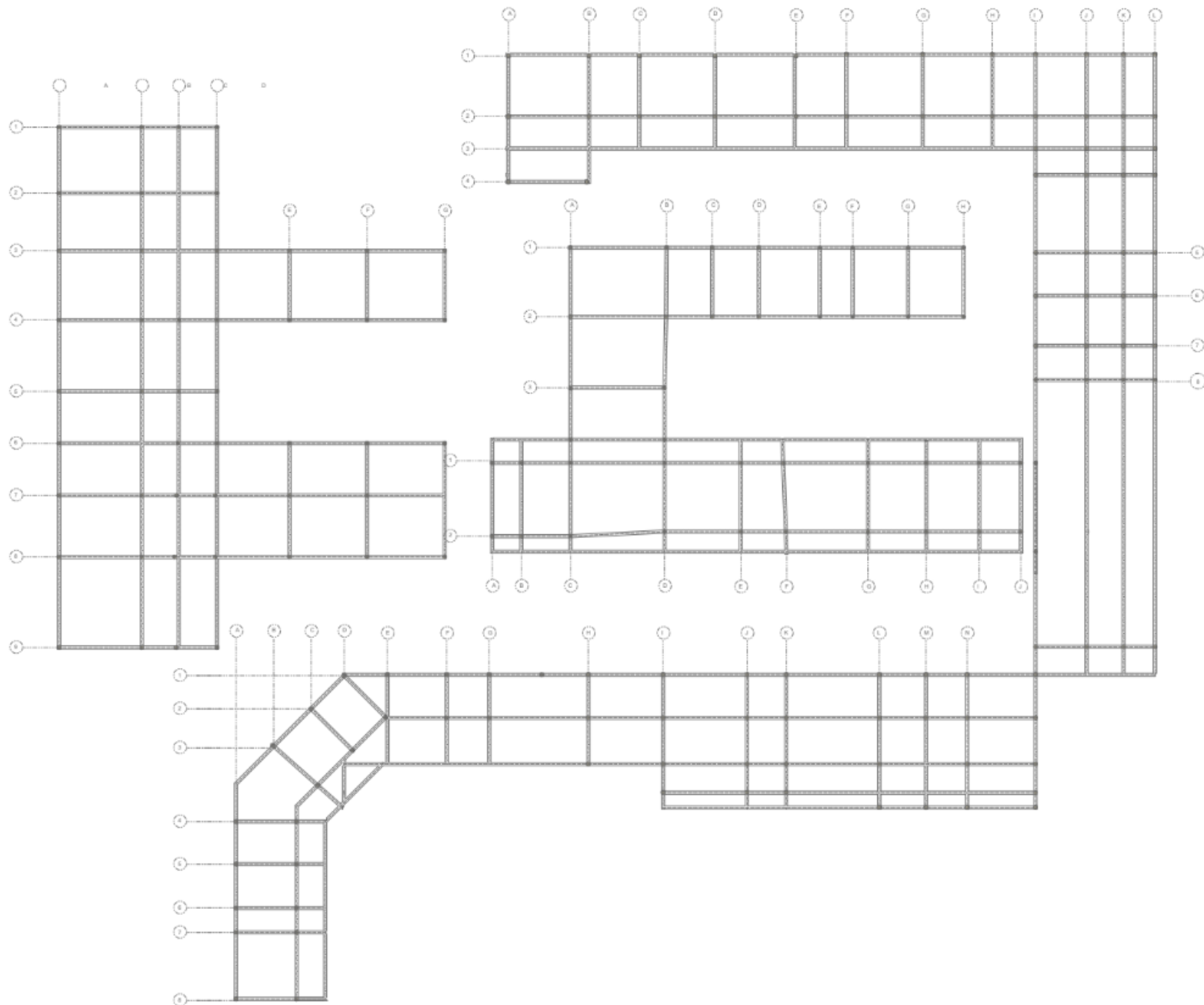


IMPLANTACIÓN GENERAL - Imagen 27 Fuente: Elaboración propia

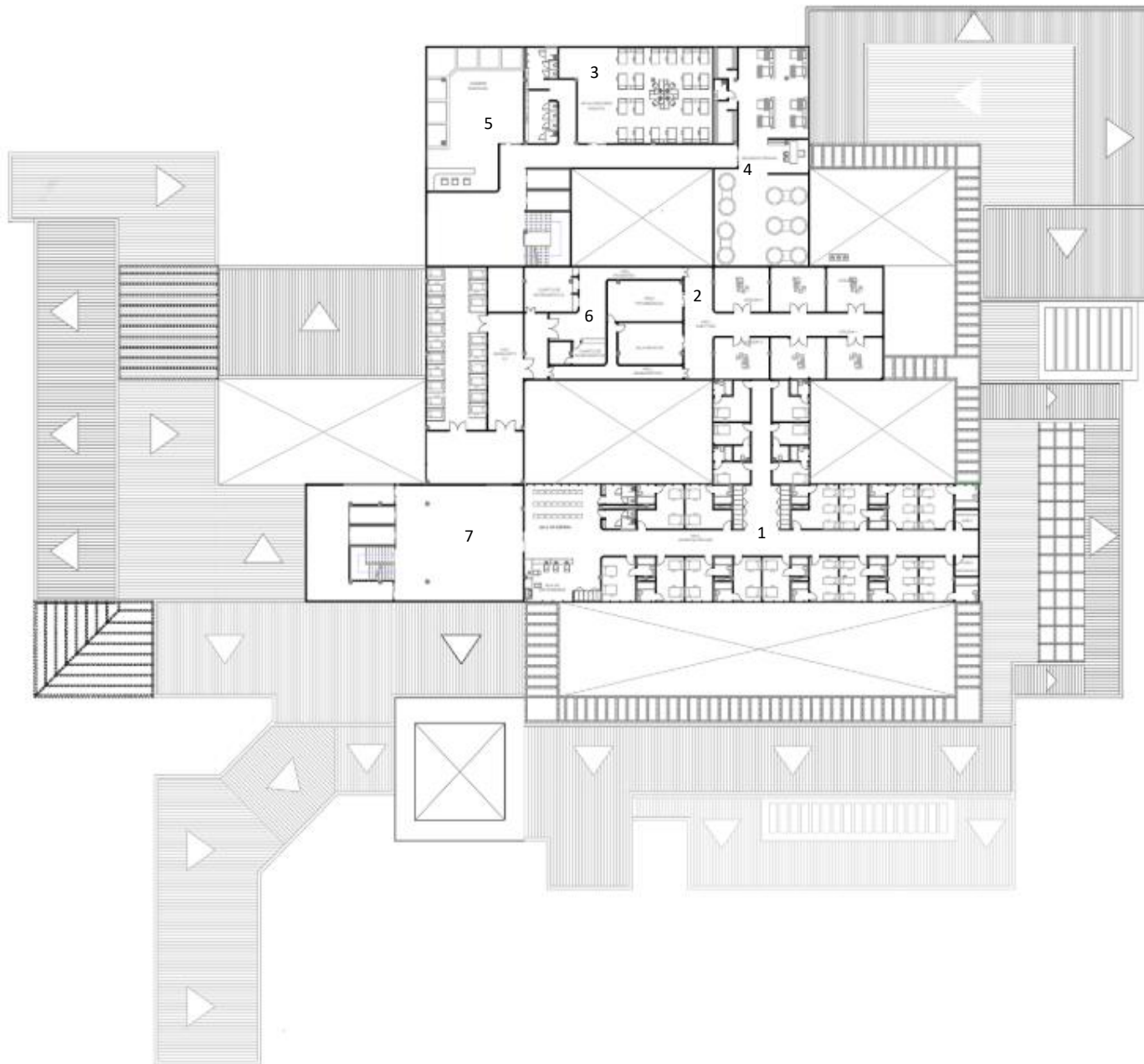


1. Ingreso
2. Hidroterapia
3. Cocina y servicios
4. Consultorios
5. Prótesis y Rayos x
6. Laboratorios y Mecanoterapia
7. Psicología – Vacunación – Enfermería
8. Rehabilitación física
9. Parqueaderos
10. Parqueo de descarga
11. Servicios
12. Administración

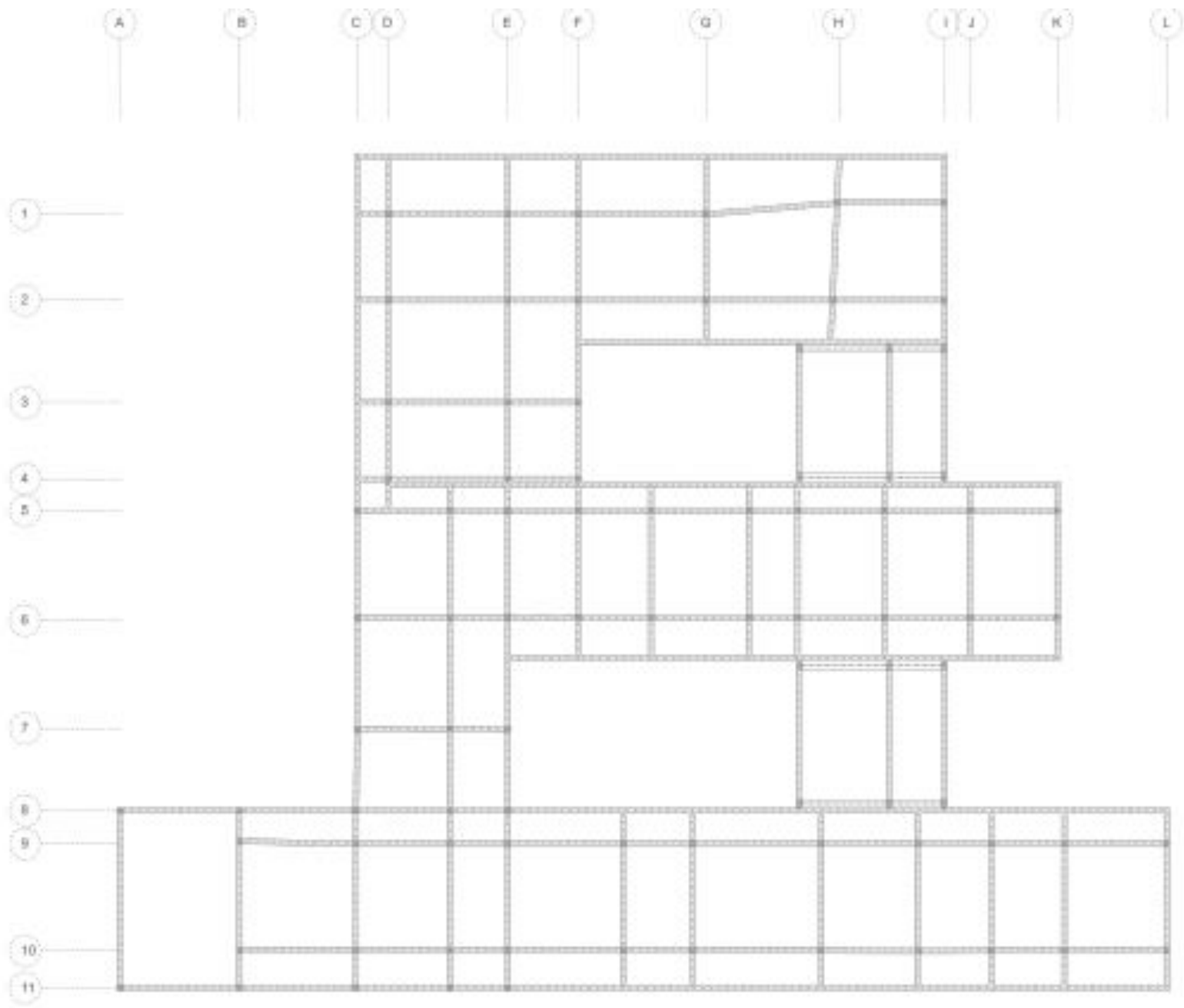
Calle 18



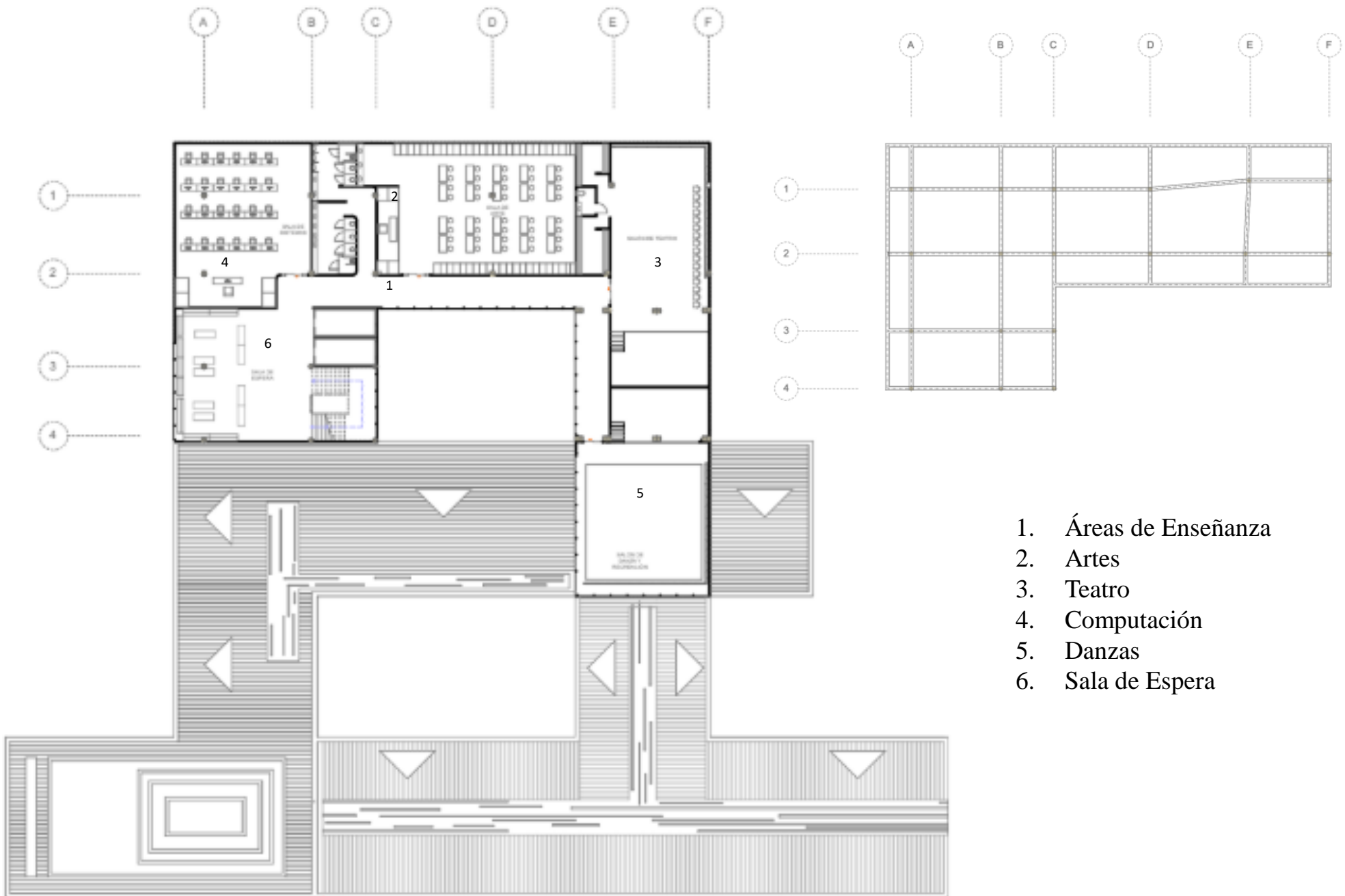
PLANTA ESTRUCTURAL PRIMER PISO - Imagen 29 Fuente: Elaboración propia



1. Hospitalización
2. Cirugía
3. Pasivos
4. Magno Terapia
5. Cabinas Auditivas
6. Área Personal
7. Punto Fijo



PLANTA ESTRUCTURAL SEGUNDO PISO - Imagen 31 Fuente: Elaboración propia



PLANTA ARQUITECTÓNICA Y ESTRUCTURAL TERCER PISO - Imagen 32 Fuente: Elaboración propia



Imagen 33 Fuente: Elaboración propia

FACHADA ORIENTAL

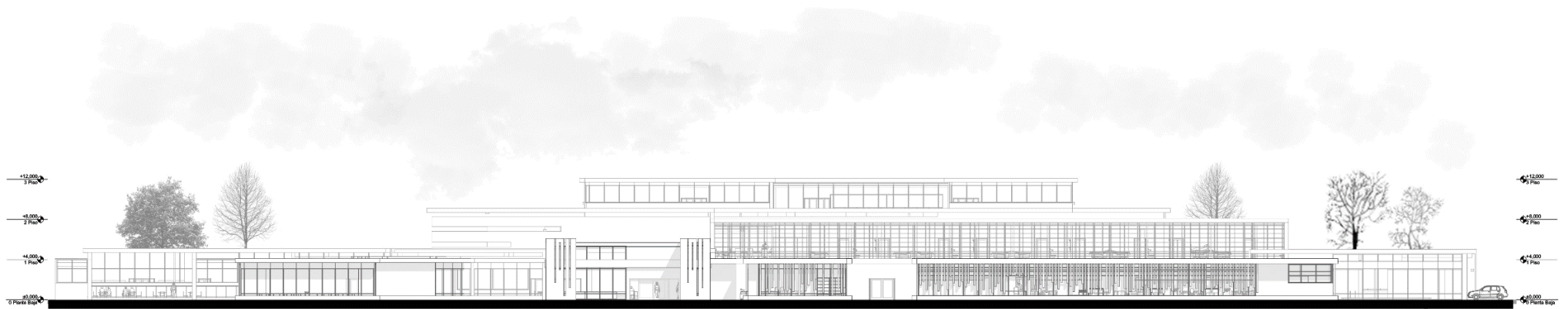


Imagen 34 Fuente: Elaboración propia

FACHADA OCCIDENTAL



Imagen 35 Fuente: Elaboración propia

FACHADA NORTE

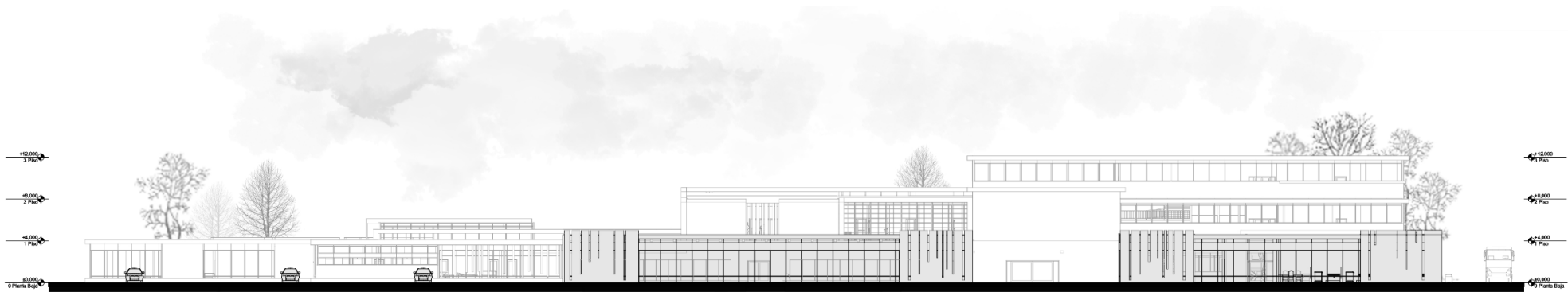


Imagen 36 Fuente: Elaboración propia

FACHADA SUR

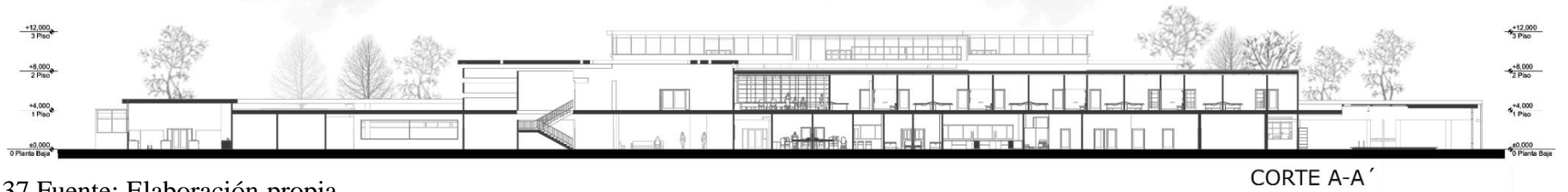


Imagen 37 Fuente: Elaboración propia

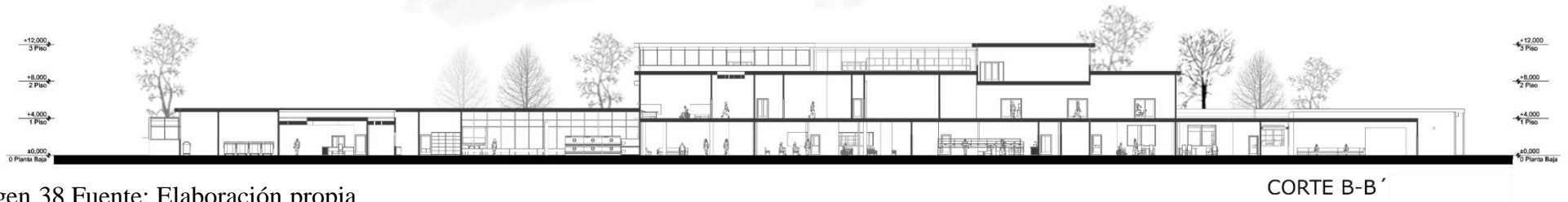
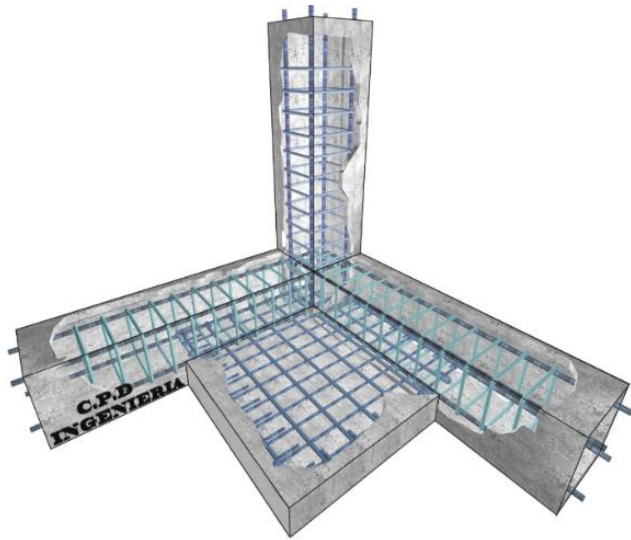


Imagen 38 Fuente: Elaboración propia

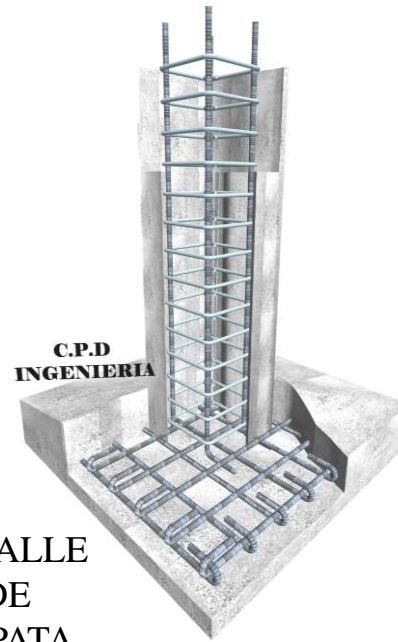


Imagen 39 Fuente: Elaboración propia

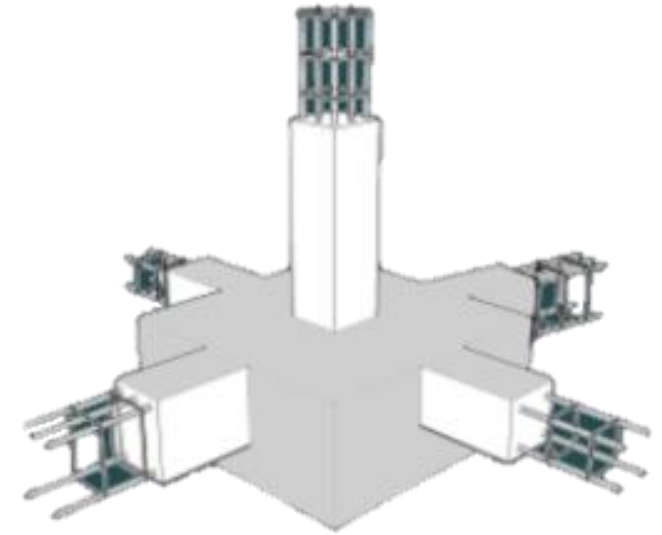
17. DESARROLLO CONSTRUCTIVO



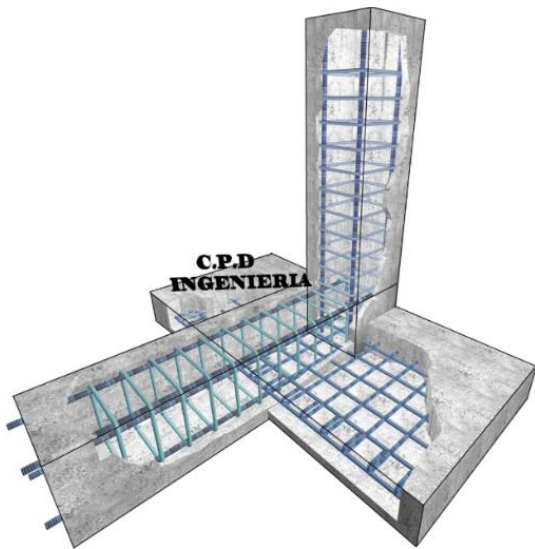
ZAPATA ESQUINERA CON VIGA CONTRAPESADA



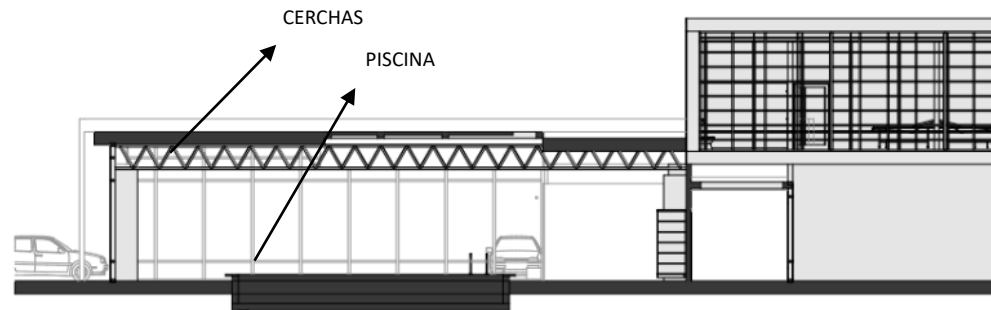
DETALLE DE ZAPATA



ZAPATA CENTRADA DE 1.50 X 1.50 M
PROFUNDIDAD DE 40 CM
VIGA DE CIMENTACION DE .30 X .30



DETALLE VIGA CONTRAPESADA



DETALLE DE CUBIERTA DE PISCINA

18.CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A lo largo de este proyecto se quiso dar una solución óptima a la problemática social encontrada, y gracias a la asesoría de los arquitectos tutores y de todos aquellos que participaron del proyecto se pudo lograr con gran satisfacción los objetivos propuestos, logrando hacer un planteamiento viable del proyecto acorde a las necesidades requeridas, así mismo, tomando como punto de partida ejes de conexión internos como externos se logró una zonificación apropiada y desde este punto dar como resultado un diseño interno de los espacios con todas las normas requeridas para equipamientos de salud. Por otra parte se tuvo en cuenta los factores bioclimaticos mediante la implementación de elementos en fachada como lo son cortasoles para la adecuada aclimatación de las zonas que necesitaban de estos elementos, así mismo el uso de paneles solares en cubiertas que ayudan a reducir notablemente el uso de energía aprovechando la luz solar recibida. El proyecto logra asemejar el esfuerzo, tiempo y dedicación con los resultados obtenidos.



Imagen 41 Fuente: 65yMas – (29/7/2019)

19. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Informe mundial la discapacidad. Organización Mundial de la Salud. 2011.
- (2) Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Noveno período de sesiones Nueva York, 14 a 16 de junio de 2016 Tema 5 d) del programa provisional* Cuestiones relacionadas con la aplicación de la Convención: mesa redonda 3.
- (3) Lineamientos generales para la implementación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social en entidades territoriales 2013 – 2022. Ministerio de salud. Colombia.
- (4) La carga mundial de la enfermedad: actualización de 2004. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
- (5) Encuesta Mundial de Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002–2004 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, consultado el 9 de diciembre de 2019)
- (6) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Universidad de Wisconsin. Monitoreo de la discapacidad infantil en el desarrollo países: resultados de las encuestas de grupos de indicadores múltiples. Nueva York, Naciones Unidas para la Infancia Fondo, 2008
- (7) McFarlane L, McLean J. Educación y capacitación para trabajadores de atención directa. Educación de trabajo social, 2003,22: 385-399. doi: 10.1080 / 02615470309140
- (8) Cobo E, Sandoval C, Alvarado Y. Magnitud de la discapacidad en Boyacá, Colombia. Revista de Salud Pública. 14 (5): 776-788, 2012 776.
- (9) Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, Boyacá, 2018. Secretaría de Salud de Boyacá, Dirección técnica de salud pública y Vigilancia en salud pública.
- (10) Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, Tunja, 2018. Secretaría de Salud de Boyacá, Dirección técnica de salud pública y Vigilancia en salud pública.
- (11) CONSEJO EJECUTIVO EB134/16 134.ª reunión 3 de enero de 2014 Punto 7.3 del orden del día provisional. Discapacidad Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad.
- (12) Mónica Isabel Hernández Ríos. El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. Revista CES Derecho Volumen 6 No.2 Julio-Diciembre / 2015.

19. BIBLIOGRAFÍA

- (13) Ministerio de Salud. Colombia. Discapacidad.
- (14) Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social.
- (15) Organización Mundial de la salud. Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC.
- (16) Muñoz, A. P. (2010). Discapacidad: contexto, conceptos y modelo. *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381 - 414.
- (17) Ripollés, M. T. (2008). La Discapacidad Dentro del Enfoque de Capacidad y Funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 64 - 9ª
- (18) Seoane, J. A. (2011). ¿Qué es una Persona con Discapacidad? *ÁGORA*, 143 - 161.

20. TABLA DE IMÁGENES

Imagen 1	Fuente: periodicolafuente.com -----	5
Imagen 2	Fuente: Centro de Rehabilitación de la FEMM (17/01/2018) -----	7
Imagen 3	Fuente: Revista Semana (7/14/2018) -----	11
Imagen 4	Fuente: MSPS: SISPRO, RLCPD, Junio2018 -----	13
Imagen 5	Fuente: MSPS: SISPRO, RLCPD, Junio2018 -----	13
Imagen 6	Fuente: Centroucdown.uc.cldel-desarrollo -----	16
Imagen 7	Fuente: NovoFisio/Blog. (11/07/2016) -----	17
Imagen 8	Fuente: Centro De Atención Múltiple (CAM) -----	19
Imagen 9	Fuente: Saldarriagaconcha.org/EmpleoyDiscapacidad . (2019/03/22)-----	20
Imagen 10	Fuente: Linda Rueda de la Hoz – El Espectador – 5/04/2018 -----	21
Imagen 11	(CENTRO DE REHABILITACIÓN – ENTORNO DE BIESTAR Y SALUD- MADRID – ESPAÑA) Fuente: Fundacioncedel.com/Memoriacentroderehabilitación (2014)-----	26
Imagen 12	(CENTRO DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN ----- BOGOTÁ – COLOMBIA)Fuente: Fundacioncedel.com/Memoriacentroderehabilitación (2014)	27
Imagen 13	Fuente: GuillermoRomeroSalamanca–UniminutoRadio–(12711/2019)-----	28
Imagen 14	Fuente: GoogleEarth -----	30
Imagen 15	Fuente: GoogleEarth -----	30
Imagen 16	(PREVALENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE ACUERDO A ALTERACIONES PERMANENTES Y/O FUNCIONES CORPORALES)Fuente: MSPS registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (Diciembre 2015) -----	32

Imagen 17 (AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SALUD)Fuente: MSPS registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (Diciembre 2015) -----	32
Imagen18(DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y ESTRATO)Fuente: MSPS registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (Diciembre 2015) -----	32
Imagen 19 (ANÁLISIS CIUDAD) Fuente: Alcaldía Tunja y Elaboración propia-----	33
Imagen 20 (ANÁLISIS SECTOR) Fuente: Alcaldía Tunja y Elaboración propia-----	34
Imagen 21 (ANÁLISIS LOTE) Fuente: Alcaldía Tunja y Elaboración propia-----	35
Imagen 22 (ANÁLISIS LOTE Y ENTORNO) Fuente: Elaboración propia-----	36
Imagen 23 (DETERMINANTES NATURALES) Fuente: Elaboración propia-----	37
Imagen 24 (PROCESO DE DISEÑO) Fuente: Elaboración propia-----	38
Imagen 25 (ZONIFICACION Y CONEXIONES) Fuente: Elaboración propia-----	39
Imagen 26 (PROPUESTA URBANA) Fuente: Elaboración propia-----	40
Imagen 27 (IMPLANTACIÓN GENERAL) Fuente: Elaboración propia-----	42
Imagen 28 (PLANTA PRIMER PISO) Fuente: Elaboración propia-----	43
Imagen 29 (PLANTA ESTRUCTURAL PRIMER PISO) Fuente: Elaboración propia-----	44

Imagen 30 (PLANTA SEGUNDO PISO)	
Fuente: Elaboración propia-----	45
Imagen 31 (PLANTA ESTRCUTURAL SEGUNDO PISO)	
Fuente: Elaboración propia-----	46
Imagen 32 (PLANTA ARQUITCTÓNICA Y ESTRUCTURAL TERCER PISO)	
Fuente: Elaboración propia-----	47
Imagen 33 (FACHADA ORIENTAL)	
Fuente: Elaboración propia-----	48
Imagen 34 (FACHADA OCCIDENTAL)	
Fuente: Elaboración propia-----	48
Imagen 35 (FACHADA NORTE)	
Fuente: Elaboración propia-----	49
Imagen 36 (FACHADA SUR)	
Fuente: Elaboración propia-----	49
Imagen 37 (CORTE A – A'')	
Fuente: Elaboración propia-----	50
Imagen 38 (CORTE B – B'')	
Fuente: Elaboración propia-----	50
Imagen 39 (CORTE C – C'')	
Fuente: Elaboración propia-----	50
Imagen 40 (DETALLES CONSTRUCTIVOS)	
Fuente: Elaboración propia-----	52
Imagen 41 Fuente: 65yMas – (29/7/2019) -----	53