

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE USUARIO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA  
(SISVIGPLUS)

**DATOS PERSONALES**

Nombre (1º y 2º): \_\_\_\_\_

Apellidos (1º y 2º): \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Registro e Idoneidad: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Departamento o Sección donde labora: \_\_\_\_\_

Correo Institucional \_\_\_\_\_

Correo Alternativo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**UBICACIÓN DE LA INSTALACIÓN LABORAL**

Nombre de Instalación de Salud: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Región de Salud: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Corregimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de quien autoriza credenciales



\_\_\_\_\_  
Firma y sello de Usuario