

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: _____

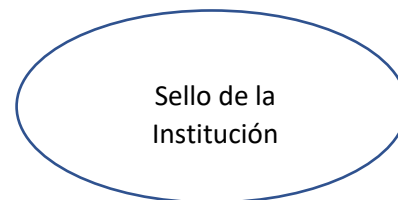
Región de Salud: _____

Distrito: _____

Corregimiento: _____

Dirección: _____

Firma y sello de quien autoriza credenciales



Firma y sello de Usuario