

**FORMULARIO DE APERTURA, CAMBIO DE NIVEL O CIERRE DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**  
 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**DATOS ESTÁTICOS.**

NÚMERO DE RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA:

<b>DEPARTAMENTO/SEDES</b>	<b>RESPONSABLE DEL LLENADO</b>
<b>COORDINACIÓN DE RED</b>	
<b>MUNICIPIO</b>	<b>CARGO</b>
<b>FECHA DE SOLICITUD</b>	

**INDIQUE MOTIVO DE CAMBIO:**

ACTUALIZACIÓN DE DATOS     
  CAMBIO DE NIVEL Y TIPO     
  APERTURA DE CUE  
 CAMBIO DE NOMBRE     
  CAMBIO DE SUBSECTOR     
  CIERRE/BAJA

1	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ACTUAL (Si el establecimiento ya existe, llenar columna 1 y 2)
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
CODIGO	
SUBSECTOR	
INSTITUCIÓN DE DEPENDENCIA	
NIVEL DE ATENCIÓN	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
LOCALIDAD O ZONA	
DIRECCIÓN Y/O REFERENCIA	
AMBITO	
NÚMERO DE CAMAS	
NÚMERO DE RECURSO HUMANO	
POBLACIÓN ASIGNADA	
FECHA DE CREACIÓN, CAMBIO O CIERRE	
NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA (GPS)</b>	
LATITUD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
LONGITUD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	

2	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ACTUAL (Si el establecimiento es nuevo, llenar solo columna 2)
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
CODIGO	
SUBSECTOR	
INSTITUCIÓN DE DEPENDENCIA	
NIVEL DE ATENCIÓN	
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	
LOCALIDAD O ZONA	
DIRECCIÓN Y/O REFERENCIA	
AMBITO	
NÚMERO DE CAMAS	
NÚMERO DE RECURSO HUMANO	
POBLACIÓN ASIGNADA	
FECHA DE CREACIÓN, CAMBIO O CIERRE	
NOMBRE Y APELLIDO DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DEL RESPONSABLE	
TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA (GPS)</b>	
LATITUD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
LONGITUD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	

MARQUE CON  EN LOS CUADROS EN BLANCO SEGÚN LO QUE CORRESPONDA:

ATENCIÓN SUS		OTROS			
CUENTA CON LABORATORIO		SI		NO	

FORMULARIOS UTILIZADOS	301		302		303	ANÁLISIS CLÍNICO	
INTERNET (ENTEL, TIGO, VIVA)						BACTERIOLOGÍA	
COMPUTADORES (CUANTAS)						PARASITOLOGÍA	
IMPRESORAS (CUANTAS)						MICOLOGÍA	
LUZ						INMUNOLOGÍA	
AGUA POTABLE						VIROLOGÍA	
SEÑAL TELEFÓNICA						CITOLOGÍA	

**REQUISITOS ADJUNTADOS A LA SOLICITUD:**

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA	
FORMULARIO DE APERTURA	
LISTA DE RECURSOS HUMANOS	
CARTERA DE SERVICIOS	
CROQUIS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
COMPROMISO DE LLENADO EN EL RUES	

<b>OBSERVACIONES</b>

**ACLARACIÓN: EL FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO POR EL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SOLICITANTE, POR LA COORDINACIÓN DE RED, UNIDAD DE REDES DE SALUD Y GESTIÓN DE CALIDAD.**

SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL

SELLO Y FIRMA DEL COORDINADOR DE

SELLO Y FIRMA DEL ÁREA DE REDES DE

SELLO Y FIRMA DEL SNIS