



MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - PROGRAMA METERNO INFANTIL
FORMULARIO DE SOLICITUD DE USUARIO PARA EL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL WEB
(llenar en letra imprenta legible)

DATOS PERSONALES

Nombres (1° y 2°): _____

Apellidos (1° y 2°): _____

Cédula: _____

Profesión: _____

Cargo: _____

Departamento o Sección: _____

Correo Institucional: _____

Correo Alternativo: _____

Teléfono de oficina: _____

Teléfono Celular: _____

UBICACIÓN LABORAL

Institución: MINSa _____ CSS _____

Región de Salud: _____

Distrito: _____

Nombre de la Instalación de Salud: _____

Tiene usuario actualmente del SIP PLUS: SI _____ NO _____

De contar con usuario, por favor escribirlo: _____

Nombre de quien autoriza

Firma de quien autoriza

Firma del usuario


Sello

APARTADO POSTAL 0816, ZONA POSTAL 06812

Teléfonos: 512-9325

Email: sipplus@minsa.gob.pa