**SIGSA-SARSS-001**

Válido a partir del 2015

REFERENCIA DE INGRESO SIGSA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número Año

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN**

**A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD**

**INFORMACIÓN GENERAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Area de Salud que solicita: |  |
|  |  |
| Nombre del Director: |  |
|  | Nombre y Apellido |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lee y conozca la metodología de Actualización a la Red de Servicios de Salud: | Si |  | No[[1]](#footnote-1) |  |

**TIPO DE SOLICITUD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Crear |  | Modificar |  | Eliminar |  |

**DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO**

Solicitud:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Motivo de su solicitud:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Vo.Bo.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Director Área de Salud**  **Firma, nombre y sello** |  | **Dirección General del SIAS**  **Firma, nombre y sello** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formato de Propuesta de Actualización a la Red de Servicios de Salud**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Departamento:** |  | **Área de Salud:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |
| **No.** | **Distrito de Salud** | | | **Servicio/Unidad Notificadora Territorial** | | **Lugar Poblado** | | **Comunidad** | | **Municipio que pertenece la Comunidad** | **Categoría** | | **Observaciones\*** | | |
| 1 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 2 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 3 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 4 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 5 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 6 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 7 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 8 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 9 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
| 10 |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |
| \* Es necesario que especifiquen el cambio de las comunidades que servicio las cubría antes y que servicio las cubrirá ahora. | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Vo.Bo.** |  |
| **Director Área de Salud** |  | Desarrollo de Servicios de Salud |  | **Dirección General del SIAS** |

1. Si desconoce el contenido de la metodología de Actualización a la Red de Servicios de Salud, puede obtenerla al ingresar a <http://sigsa.mspas.gob.gt/uno/actualizacion-al-sistema.html> [↑](#footnote-ref-1)