



FORMULE POUR L'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES MESURES D'ÉCONOMISIE

Version 1.0 - 2008

1. IDENTIFICATION DE LA MESURE

Nom de la mesure d'économisie :

Le nom de la mesure d'économisie doit être inscrit dans le champ de texte ci-dessous

Code de la mesure :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure doit être inscrit dans le champ de texte ci-dessous

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure doit être inscrit dans le champ de texte ci-dessous

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure doit être inscrit dans le champ de texte ci-dessous

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure doit être inscrit dans le champ de texte ci-dessous

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure doit être inscrit dans le champ de texte ci-dessous

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

Année de mise en œuvre :

Le code de la mesure

2. ÉVALUATION DE L'IMPACT DES MESURES D'ÉCONOMISIE

Mesure	Année de mise en œuvre	Année de référence	Année de mise en œuvre	Impact des mesures d'économisie				Impact des mesures d'économisie			
				Prévisions	%	Prévisions	%	Prévisions	%	Prévisions	%
Prévisions des dépenses de fonctionnement				100	100	100	100	100	100	100	100
Prévisions des dépenses de fonctionnement				100	100	100	100	100	100	100	100

Impact des mesures d'économisie
Impact des mesures d'économisie

Mesure	Impact des mesures d'économisie							
	Impact des mesures d'économisie				Impact des mesures d'économisie			
	Prévisions	Prévisions	%	Prévisions	Prévisions	Prévisions	%	Prévisions
100	100	100	100	100	100	100	100	100

3. ÉVALUATION DE L'IMPACT DES MESURES D'ÉCONOMISIE

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :

Année de mise en œuvre :



[Signature]

Le Directeur Général des Finances

Le Directeur Général des Finances

**DECLARACIÓN DE INFECCIÓN**

DECLARACIÓN DE INFECCIÓN DE INTERÉS PARA LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD

Formulario 100-100-100

Nombre y Apellido: _____

Tipo de Infección: _____

Tipo de Infección: _____

Estado de salud: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Código de Infección: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

DECLARACIÓN DE INFECCIÓN DE INTERÉS PARA LA SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD

Infección	Tipo de Infección	Motivo de consulta	Motivo de consulta	Motivo de consulta				Motivo de consulta			
				1	2	3	4	5	6	7	8
Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	1	2	3	4	5	6	7	8
Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	1	2	3	4	5	6	7	8

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Infección	Motivo de consulta									
	Motivo de consulta					Motivo de consulta				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____	Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de consulta: _____



Motivo de consulta: _____



Formulario Único Técnico de Declaración de Ingresos y Gastos de las Personas Físicas

001-2019-000000000000000000

DECLARACIÓN ANUAL DE INGRESOS Y GASTOS

Nombre de la persona física: [Nombre]

Dirección: [Dirección]

Identificación: [Identificación]

Fecha de nacimiento: [Fecha]

Estado civil: [Estado civil]

Profesión: [Profesión]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

Actividad económica: [Actividad]

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	IMPORTE PAGADO				IMPORTE RECIBIDO			
					IMPORTE	%	IMPORTE	%	IMPORTE	%	IMPORTE	%
INGRESOS												
INGRESOS POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS												
INGRESOS POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS												
INGRESOS POR RENDIMIENTOS FINANCIEROS												

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN									
	IMPORTE PAGADO					IMPORTE RECIBIDO				
	IMPORTE	%	IMPORTE	%	IMPORTE	IMPORTE	%	IMPORTE	%	IMPORTE
INGRESOS										
INGRESOS										
INGRESOS										

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

DECLARACIÓN DE INGRESOS Y GASTOS



[Firma]

[Firma]



Formulario de Registro de la Actividad de la Brigada de Vigilancia y Control de Tráfico

Nombre Completo del Titular:

Fecha de Emisión: **Lugar:**

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Fecha de Emisión:

Nombre del Titular:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Nombre del Titular:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Nombre del Titular:

Lugar:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Apellido y Nombre del Titular:

Objeto de la Actividad:

Resumen de la Actividad de la Brigada de Vigilancia y Control de Tráfico

Actividad	Fecha de Emisión	Lugar	Objeto de la Actividad	Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico				Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico			
				Actividad	Fecha	Lugar	Objeto de la Actividad	Actividad	Fecha	Lugar	Objeto de la Actividad
Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999
Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999	1999

Resumen de la Actividad de la Brigada de Vigilancia y Control de Tráfico

Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico

Actividad	Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico							
	Actividad	Fecha	Lugar	Objeto de la Actividad	Actividad	Fecha	Lugar	Objeto de la Actividad
Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad

Resumen de la Actividad de la Brigada de Vigilancia y Control de Tráfico

Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico

Actividad de Vigilancia y Control de Tráfico





MINISTERIO DE SALUD

FORMULARIO PARA LA EMISIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO DE LA ACTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD

FECHA DE EMISIÓN: _____

Nombre del paciente: _____

Apellido del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE EMISIÓN				FECHA DE VENCIMIENTO			
				DIAS	MESES	AÑOS	HORAS	DIAS	MESES	AÑOS	HORAS
Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____
Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	FECHA DE EMISIÓN									
	FECHA DE EMISIÓN					FECHA DE VENCIMIENTO				
	DIAS	MESES	AÑOS	HORAS	MINUTOS	DIAS	MESES	AÑOS	HORAS	MINUTOS
Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____	Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Identificación del paciente: _____





FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE INVESTIGACIONES PEDAGÓGICAS EN LA EDUCACIÓN BÁSICA

Forma de Publicación: **LIBRO**

IDENTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.1. ¿Cuál es el tema central de la investigación?

2. AUTOR (S) DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1. ¿Cuál es el nombre completo del autor?

3. INSTITUCIÓN DE ORIGEN:

3.1. ¿Cuál es el nombre completo de la institución?

4. FECHA DE ELABORACIÓN:

4.1. ¿Cuál es la fecha de elaboración?

4.2. ¿Cuál es la fecha de publicación?

5. RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN:

5.1. ¿Cuál es el resumen de la investigación? (Máximo 200 palabras)

6. PALABRAS CLAVE:

6.1. ¿Cuáles son las palabras clave?

7. ABSTRACTO:

7.1. ¿Cuál es el abstracto?

8. INTRODUCCIÓN:

8.1. ¿Cuál es la introducción?

9. OBJETIVOS:

9.1. ¿Cuáles son los objetivos de la investigación?

10. METODOLOGÍA:

10.1. ¿Cuál es la metodología utilizada?

11. RESULTADOS:

11.1. ¿Cuáles son los resultados obtenidos?

12. CONCLUSIONES:

12.1. ¿Cuáles son las conclusiones?

13. RECOMENDACIONES:

13.1. ¿Cuáles son las recomendaciones?

14. BIBLIOGRAFÍA:

14.1. ¿Cuál es la bibliografía?

15. ANEXOS:

15.1. ¿Cuáles son los anexos?

16. OTROS:

16.1. ¿Cuáles son los otros datos?

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN (Máximo 200 palabras)

AUTOR	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN				FECHA DE EVALUACIÓN			
				FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	2. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	5. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	6. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	7. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	8. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	9. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	10. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	11. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	12. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN
13. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	14. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	15. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	16. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	17. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	18. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	19. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	20. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	21. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	22. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	23. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	24. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN (Máximo 200 palabras)

¿Cuál es el resumen de la investigación?

AUTOR	FECHA DE PUBLICACIÓN								FECHA DE EVALUACIÓN			
	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	2. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	5. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	6. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	7. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	8. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	9. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	10. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	11. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	12. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	13. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN
14. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	15. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	16. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	17. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	18. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	19. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	20. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	21. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	22. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	23. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	24. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	25. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	26. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN (Máximo 200 palabras)

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?

¿Cuál es el resumen de la investigación?



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





FORMULARIO PARA FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE CASOS AGUDOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

IMPRESA: 10/06/2010 10:00

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Identificación: _____

Profesión: _____

Fecha de inicio de síntomas: _____

Antecedentes de enfermedades:

Enfermedades crónicas: _____

Enfermedades agudas: _____

Enfermedades infecciosas: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre de la enfermedad: _____

Forma de presentación: _____

Antecedentes de enfermedades:

Enfermedades crónicas: _____

Enfermedades agudas: _____

Enfermedades infecciosas: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedades de contacto: _____

Enfermedad	Código	Nombre	Sexo	Edad	Etiología				Tratamiento				Evolución			
					Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%
Enfermedad infecciosa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Enfermedad parasitaria	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200

Enfermedad	Etiología							
	Presencia				Ausencia			
	Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%
Enfermedad infecciosa	100	100	100	100	100	100	100	100
Enfermedad parasitaria	200	200	200	200	200	200	200	200

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____

Enfermedad infecciosa: _____

Enfermedad parasitaria: _____





Informe Final Técnico de Seguimiento al Monitoreo de la Seguridad de un Fármaco

Formulario 001 - 01/2010

Nombre del medicamento: **Paracetamol**

Indicaciones: **Analgésico y antipirético**

Forma farmacéutica: **Tabletas**

Presentación: **Tabletas de 500 mg**

Nombre del titular: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Nombre del representante: **Industria Farmacéutica**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Resumen de los datos de seguridad de los medicamentos

Medicamento	Nombre del medicamento	Indicaciones	Forma farmacéutica	Seguimiento de la seguridad				Seguimiento de la calidad			
				Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento
Paracetamol	Paracetamol	Analgesia, antipirético y fiebre	Tabletas	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento
Paracetamol	Paracetamol	Analgesia, antipirético y fiebre	Tabletas	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento

Seguimiento de la seguridad de los medicamentos

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Medicamento	Seguimiento de la seguridad						Seguimiento de la calidad					
	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento
Paracetamol	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento	Seguimiento

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**



Industria Farmacéutica

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**



Industria Farmacéutica

Indicaciones: **Analgesia, antipirético y fiebre**



ANEXO 1 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS

Revista 01/2011 - 00000

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Nome do Projeto: []

Localização: []

Modalidade de Financiamento: []

Setor de Atividade: []

Nome do Responsável Técnico: []

Endereço: []

Cidade: []

Estado: []

CEP: []

Telefone: []

E-mail: []

Site: []

Outros dados: []

Observações: []

Assinatura: []

Data: []

Objetivo do Projeto: []

Justificativa: []

Impactos esperados: []

Beneficiários: []

Impactos sociais e ambientais: []

Impactos econômicos: []

Impactos culturais: []

Impactos ambientais: []

Impactos sociais: []

Impactos econômicos: []

Impactos culturais: []

Impactos ambientais: []

Impactos sociais: []

Impactos econômicos: []

Impactos culturais: []

Impactos ambientais: []

Impactos sociais e ambientais

Impactos sociais e ambientais

Impactos sociais e ambientais

ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS

Atividade	Local de Atividade	Setor	Data	Impactos Sociais e Ambientais				Impactos Econômicos			
				Positivo	Neutro	Negativo	Impacto	Positivo	Neutro	Negativo	Impacto
Atividade 1	Local 1	Setor 1	01/01/2011	10	10	10	10	10	10	10	10
Atividade 2	Local 2	Setor 2	02/02/2011	10	10	10	10	10	10	10	10

ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS

Atividade	Impactos Sociais e Ambientais									
	Positivo	Neutro	Negativo	Impacto	Positivo	Neutro	Negativo	Impacto	Positivo	Neutro
Atividade 1	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Atividade 2	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS

Atividade 1: []

Local de Atividade: []

Setor: []

Data: []

Assinatura: []

Data: []

Assinatura: []

Data: []

Assinatura: []

Data: []

Assinatura: []

Data: []

Assinatura: []

Data: []



Assinatura: []

Assinatura: []

Assinatura: []



FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Fecha de emisión: 2008

INFORMACIÓN GENERAL DEL SERVIDOR

Nombre completo del servidor:

Apellido y nombre:

Nombre de pila:

Profesión:

Grado de estudios:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Nombre completo del servidor:

Apellido y nombre:

Nombre de pila:

Profesión:

Grado de estudios:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

INFORMACIÓN DEL SERVIDOR

Nombre completo del servidor:

Apellido y nombre:

Fecha de emisión:

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Servicio	Tipo de servicio	Categoría	Tipo de servicio	Servicio de salud				Servicio de salud			
				Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación
Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación
Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación	Experiencia	Formación

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Nombre completo del servidor:

Apellido y nombre:

Nombre de pila:

Profesión:

Grado de estudios:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Nombre completo del servidor:

Apellido y nombre:

Nombre de pila:

Profesión:

Grado de estudios:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:

Experiencia:

Formación:



Fecha de emisión:

Nombre completo del servidor:



FORMULARIO PARA TENDIDO DE DOCUMENTOS DE INFORMACION PARA EL SECTOR DE LA SALUD

FECHA: 15/05/2018

INFORMACION GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento y dirección completa del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Nombre del establecimiento:

Nombre del establecimiento

Fecha: 15/05/2018

INFORMACION DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCION

ACTIVIDAD	UNIDAD DE ATENCION	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO DE REFERENCIA				PERIODO DE COMPARACION			
				PREVISTO	REALIZADO	%	COMENTARIOS	PREVISTO	REALIZADO	%	COMENTARIOS
Atención de urgencias	Urgencias	Atención	Atendidos	1000	950	95%		1000	950	95%	
Atención de urgencias	Urgencias	Atención	Atendidos	1000	950	95%		1000	950	95%	

INFORMACION DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCION

Atención de urgencias

Atención de urgencias

ACTIVIDAD	PERIODO DE REFERENCIA							
	PREVISTO	REALIZADO	%	COMENTARIOS	PREVISTO	REALIZADO	%	COMENTARIOS
Atención de urgencias	1000	950	95%		1000	950	95%	

INFORMACION DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCION

Atención de urgencias

Atención de urgencias

Atención de urgencias

[Firma]
Firma



[Firma]
Firma



Forma za izradu projekata i izveštaja o radu na smanjenju rizika od zaraznih bolesti

Broj: 10000000000000000000

OPŠTI PODACI O PROJEKTU

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

OPŠTI PODACI O PROJEKTU

Naziv projekta	Ime i prezime autora projekta	Ime i prezime autora projekta	Ime i prezime autora projekta	Broj projekta				Broj projekta			
				1	2	3	4	1	2	3	4
Ime i prezime autora projekta				1	2	3	4	1	2	3	4
Ime i prezime autora projekta				1	2	3	4	1	2	3	4

OPŠTI PODACI O PROJEKTU

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta	Broj projekta							
	Broj projekta				Broj projekta			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Ime i prezime autora projekta	1	2	3	4	1	2	3	4

OPŠTI PODACI O PROJEKTU

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:

Ime i prezime autora projekta:



FORMULARIO PARA MONITOREO DE SINDROME DE INFLUENZA A Y B EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

WASH DC PERU - 2014

DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN: **UBICACIÓN:** **PROVINCIA:** **DISTRITO:**
 DIRECCIÓN: **TELÉFONO:** **FAX:**
 E-MAIL: **WEB:**
 NOMBRE DEL RESPONSABLE: **CARGO:**
 NOMBRE DEL ENCUESTADOR: **CARGO:**
 FECHA DE ENCUESTA: **HORA:**
 LUGAR DE ENCUESTA: **CIUDAD:**
 INSTITUCIÓN: **UBICACIÓN:** **PROVINCIA:** **DISTRITO:**
 DIRECCIÓN: **TELÉFONO:** **FAX:**
 E-MAIL: **WEB:**
 NOMBRE DEL RESPONSABLE: **CARGO:**
 NOMBRE DEL ENCUESTADOR: **CARGO:**
 FECHA DE ENCUESTA: **HORA:**
 LUGAR DE ENCUESTA: **CIUDAD:**

RESUMEN DE LA ENCUESTA DE SINDROME DE INFLUENZA A Y B EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

CATEGORÍA	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	UBICACIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	SINDROME DE INFLUENZA A				SINDROME DE INFLUENZA B			
					POSITIVO	N	PREVALENCIA	%	POSITIVO	N	PREVALENCIA	%
NIÑOS					10	100	100	100	5	50	100	100
ADOLESCENTES					10	100	100	100	5	50	100	100

ANEXO A: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SINDROME DE INFLUENZA A Y B EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

CATEGORÍA	SINDROME DE INFLUENZA A								SINDROME DE INFLUENZA B							
	POSITIVO				NEGATIVO				POSITIVO				NEGATIVO			
	POSITIVO	NEGATIVO	%	PREVALENCIA	POSITIVO	NEGATIVO	%	PREVALENCIA	POSITIVO	NEGATIVO	%	PREVALENCIA	POSITIVO	NEGATIVO	%	PREVALENCIA
NIÑOS	10	0	100	100	0	0	0	0	5	0	100	100	0	0	0	0
ADOLESCENTES	10	0	100	100	0	0	0	0	5	0	100	100	0	0	0	0

ANEXO B: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SINDROME DE INFLUENZA A Y B EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

INSTITUCIÓN: **UBICACIÓN:** **PROVINCIA:** **DISTRITO:**
 DIRECCIÓN: **TELÉFONO:** **FAX:**
 E-MAIL: **WEB:**



FIRMADO:
 NOMBRE Y APELLIDOS:
 CARGO:

FIRMADO:
 NOMBRE Y APELLIDOS:
 CARGO:



FORMULARIO PARA FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

SECCION GENERAL, DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre completo de la persona:

Apellido y nombre de la persona y número de identificación de la persona:

Sexo:

Edad (en años y meses):

Profesión:

Estado civil:

Residencia:

Domicilio:

Fecha de nacimiento:

Fecha de inicio de síntomas:

Fecha de inicio de síntomas (en caso de haber sido diagnosticado por un médico, indicar la fecha de diagnóstico):

Fecha de ingreso:

Fecha de ingreso:

Fecha de salida:

Fecha de salida:

SECCION DE ENFERMEDAD

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad (en caso de haber sido diagnosticado por un médico, indicar la fecha de diagnóstico):

Fecha de inicio de síntomas:

Fecha de inicio de síntomas (en caso de haber sido diagnosticado por un médico, indicar la fecha de diagnóstico):

Fecha de ingreso:

Fecha de ingreso (en caso de haber sido diagnosticado por un médico, indicar la fecha de diagnóstico):

Fecha de ingreso:

Fecha:

Fecha de salida:

Fecha de salida (en caso de haber sido diagnosticado por un médico, indicar la fecha de diagnóstico):

Fecha de ingreso:

Fecha:

Fecha de salida:

Fecha:

Fecha de ingreso:

Fecha:

Fecha de salida:

Fecha:

Fecha de ingreso:

Fecha:

Fecha de salida:

Fecha:

Fecha de ingreso:

Fecha:

SECCION DE DATOS DE LA ENFERMEDAD Y DE LA PERSONA

Enfermedad	Nombre de la enfermedad	Código de la enfermedad	Sexo	Edad (en años)				Fecha de ingreso				Fecha de salida			
				Varones	Mujeres	Total	Porcentaje	Varones	Mujeres	Total	Porcentaje	Varones	Mujeres	Total	Porcentaje
Enfermedad de la persona	Enfermedad de la persona	Enfermedad de la persona	Enfermedad de la persona	200	200	400	100%	200	200	400	100%	200	200	400	100%
Enfermedad de la persona	Enfermedad de la persona	Enfermedad de la persona	Enfermedad de la persona	200	200	400	100%	200	200	400	100%	200	200	400	100%

SECCION DE DATOS DE LA ENFERMEDAD Y DE LA PERSONA

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:

Nombre de la enfermedad:



Formulario Técnico de Seguimiento de Indicadores de Seguimiento y Evaluación

MINISTERIO DE SALUD

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INDICADORES DE SEGUIMIENTO

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INIA

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO				INDICADOR DE SEGUIMIENTO			
				INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
INDICADOR DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA
INDICADOR DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR	INDICADOR DE SEGUIMIENTO							
	INDICADOR DE SEGUIMIENTO				INDICADOR DE SEGUIMIENTO			
INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO



INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

INDICADOR DE SEGUIMIENTO



Formulario de Datos de Seguimiento y Evaluación de la Salud (DSF) - Versión 1.0

Fecha de Emisión: 10/01/2010

Identificación del establecimiento de salud

Nombre del establecimiento de salud:

Tipo de establecimiento de salud:

Ubicación geográfica (comuna, provincia, región):

Nombre de la persona responsable del establecimiento:

Apellido y nombre:

Nombre de la persona responsable:

Apellido y nombre:

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre completo y dirección del establecimiento:

Nombre completo y dirección del establecimiento:

Nombre completo y dirección del establecimiento:

Nombre completo y dirección del establecimiento (completo):

Nombre completo y dirección del establecimiento:

Nombre completo y dirección del establecimiento:

Identificación del establecimiento de salud

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Fecha de Emisión:

Fecha:

Nombre del establecimiento de salud:

Identificación del establecimiento de salud (completo)

Establecimiento de salud	Nombre del establecimiento de salud	Dirección	Código postal	Municipio	Identificación del establecimiento de salud				Identificación del establecimiento de salud			
					Provincia	Nº	Comuna	%	Provincia	Nº	Comuna	%
Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Provincia	Nº	Comuna	%	Provincia	Nº	Comuna	%
Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Nombre del establecimiento de salud (completo):	Provincia	Nº	Comuna	%	Provincia	Nº	Comuna	%

Identificación del establecimiento de salud (completo)

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Establecimiento de salud	Identificación del establecimiento de salud									
	Identificación del establecimiento de salud					Identificación del establecimiento de salud				
	Provincia	Nº	Comuna	%	Identificación	Provincia	Nº	Comuna	%	Identificación
Nombre del establecimiento de salud (completo):	Provincia	Nº	Comuna	%	Identificación	Provincia	Nº	Comuna	%	Identificación

Identificación del establecimiento de salud (completo)

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):

Nombre del establecimiento de salud (completo):



Formular za izveštaj o stanju zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Broj: 12345678901234567890

Ime i prezime: Dr. Zdravko Stokic

Adresa: Beograd, Bulevar Oslobođenja 156

Telefon: 011 23456789

E-mail: dr.stokic@zdravstvo.rs

Godina izveštaja: 2023

Period: 1.1.2023 - 31.12.2023

Stranica: 1 od 1

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Indikator	Vrednost 2023	Vrednost 2022	Vrednost 2021	Vrednost 2020				Vrednost 2019			
				Prosečna	Min	Max	Standard	Prosečna	Min	Max	Standard
Broj stanovnika u zdravstvenom sistemu	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Broj zdravstvenih ustanova	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Broj zdravstvenih radnika	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Indikator	Vrednost 2023				Vrednost 2022			
	Prosečna	Min	Max	Standard	Prosečna	Min	Max	Standard
Broj stanovnika u zdravstvenom sistemu	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu

Opis stanja zdravstvenog sistema u skladu sa zakonom o zdravstvenom sistemu



Formulario Único de Registro de Casos de COVID-19

Ministerio de Salud - Perú

Fecha de Registro: _____

El presente formulario es el único instrumento para el registro de casos de COVID-19 en el Perú. Debe ser completado por el personal de salud que atiende al paciente y se debe enviar a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.

El presente formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.

Fecha: ____/____/____

Registro de Casos de COVID-19

Categoría	Sexo	Edad	Estatus	Evolución Clínica				Evolución Laboratorial			
				Asintomático	Leve	Grave	Fallecido	Asintomático	Leve	Grave	Fallecido
Varones	Varones	Varones	Varones	0	0	0	0	0	0	0	0
Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	0	0	0	0	0	0	0	0

El presente formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.

Categoría	Evolución Clínica						Evolución Laboratorial					
	Asintomático	Leve	Grave	Fallecido	Asintomático	Leve	Asintomático	Leve	Grave	Fallecido	Asintomático	Leve
Varones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mujeres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

El presente formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.

El presente formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.

El presente formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente. El formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.

El presente formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.



El presente formulario debe ser completado en triplicado y enviado a la DIRESA correspondiente.



Formulario de Registro de Ingresos y Egresos de Pacientes y Examinados

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Registro: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Nombre del Examinado: _____

Fecha de Registro: _____

Nombre del Examinado: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Nombre del Examinado: _____

Fecha de Registro: _____

Nombre del Examinado: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Registro: _____

Nombre del Examinado: _____

Fecha de Registro: _____

Nombre del Examinado: _____

Fecha de Registro: _____

Nombre del Examinado: _____

Fecha de Registro: _____

Nombre del Examinado: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Examinado: _____

Paciente	Fecha de Registro	Nombre del Paciente	Edad	Egresos				Ingresos			
				Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%	Presencia	%
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Registro: _____	Nombre del Paciente: _____	Edad: _____	Presencia: _____	%: _____	Presencia: _____	%: _____	Presencia: _____	%: _____	Presencia: _____	%: _____
Nombre del Paciente: _____	Fecha de Registro: _____	Nombre del Paciente: _____	Edad: _____	Presencia: _____	%: _____	Presencia: _____	%: _____	Presencia: _____	%: _____	Presencia: _____	%: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Examinado: _____

Paciente	Egresos							
	Presencia				Ausencia			
	Presencia	Ausencia	%	Presencia	Presencia	Ausencia	%	Presencia
Nombre del Paciente: _____	Presencia: _____	Ausencia: _____	%: _____	Presencia: _____	Presencia: _____	Ausencia: _____	%: _____	Presencia: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Examinado: _____

Nombre del Examinado: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Examinado: _____



Nombre del Paciente: _____





Formulario de datos generales de identificación del establecimiento de salud y de la institución de salud

Fecha de llenado: _____

Identificación del establecimiento de salud

Nombre del establecimiento de salud:

Dirección del establecimiento de salud:

Provincia: _____

Municipio: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Web: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Nombre del establecimiento de salud:

Dirección del establecimiento de salud:

Provincia: _____

Municipio: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Web: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Red social: _____

Identificación de la institución de salud

Institución	Tipo de institución	Categoría	Nivel de atención	Atención primaria				Atención secundaria				Atención terciaria			
				Presencia	1	2	3	Presencia	1	2	3	Presencia	1	2	3
Atención primaria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Atención secundaria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Institución	Atención primaria									
	Presencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Atención primaria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Atención secundaria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud

Identificación de la institución de salud



Identificación de la institución de salud



FORMULARIO PARA NOTIFICAR DE CASOS DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE Y SUS AGENTES

001-2019-0000-0000-0000

INSTITUCIÓN DE SALUD (INSTITUCIÓN)

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y SUS AGENTES

ENFERMEDAD	CÓDIGO DE ENFERMEDAD	AGENTE	SÍNTOMA	PRINCIPAL	OTROS AGENTES				OTROS SÍNTOMAS			
					PRINCIPAL	OTRO	OTRO	OTRO	PRINCIPAL	OTRO	OTRO	OTRO
Enfermedad de la piel	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001
Enfermedad de la piel	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

ENFERMEDAD	OTROS AGENTES				OTROS SÍNTOMAS			
	PRINCIPAL	OTRO	OTRO	OTRO	PRINCIPAL	OTRO	OTRO	OTRO
001	001	001	001	001	001	001	001	001

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?

¿Cuál es el nombre de la institución de salud que notifica el caso?



[Signature]
Firma del médico tratante

[Signature]
Firma del médico tratante



MINISTERIO DE SALUD

DECLARACIÓN DE INFECCIÓN DE INTERÉS PÚBLICO

Formulario 1000 - 01/2018

Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Experiencia: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Residencia: _____

País: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha: _____

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaración de Infección

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaración de Infección de Interés Público

Código	Nombre	Apellido	Edad	Sexo				Etnia			
				Varón	Mujer	Indefinido	Otro	Indígena	Mestizo	Indefinido	Otro
001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001
002	002	002	002	002	002	002	002	002	002	002	002

Declaración de Infección de Interés Público

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Código	Declaración de Infección de Interés Público							
	Varón	Mujer	Indefinido	Otro	Indígena	Mestizo	Indefinido	Otro
001	001	001	001	001	001	001	001	001
002	002	002	002	002	002	002	002	002

Declaración de Infección

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.

Declaro que he sido infectado por el virus de la gripe A (H1N1) y que he sido diagnosticado por un médico.



[Signature]
Firma del Médico

[Signature]
Firma del Paciente



DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST IN CONNECTION WITH THE SUBMISSION OF A PROPOSAL

DATE: 10/10/2018

NAME OF THE DECLARANT:

DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.

NAME OF THE INSTITUTION:

UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN

NAME OF THE PROJECT:

RESEARCH ON THE EFFECTS OF...

NAME OF THE FUNDING AGENCY:

DEPARTMENT OF HEALTH - BUREAU OF...

NAME OF THE DECLARANT'S SUPERVISOR:

DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.

NAME OF THE DECLARANT'S CO-SUPERVISOR:

DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.

NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR:

DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.

DECLARATION OF INTEREST

NAME OF THE DECLARANT:

DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.

NAME OF THE INSTITUTION:

UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN

NAME OF THE PROJECT:

RESEARCH ON THE EFFECTS OF...

NAME OF THE FUNDING AGENCY:

None

DATE: 10/10/2018

Page 1

NAME OF THE DECLARANT'S SUPERVISOR:

DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.

NAME OF THE DECLARANT'S CO-SUPERVISOR:

None

NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR:

None

NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR:

None

NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR:

None

NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR:

None

NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR:

None

DECLARATION OF INTEREST

NAME OF THE DECLARANT	NAME OF THE INSTITUTION	NAME OF THE PROJECT	NAME OF THE FUNDING AGENCY	NAME OF THE DECLARANT'S SUPERVISOR	NAME OF THE DECLARANT'S CO-SUPERVISOR	NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR	NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR
DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN	RESEARCH ON THE EFFECTS OF...	None	DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	None	None	None
DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN	RESEARCH ON THE EFFECTS OF...	None	DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	None	None	None
DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN	RESEARCH ON THE EFFECTS OF...	None	DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	None	None	None

DECLARATION OF INTEREST

NAME OF THE DECLARANT	NAME OF THE INSTITUTION	NAME OF THE PROJECT	NAME OF THE FUNDING AGENCY	NAME OF THE DECLARANT'S SUPERVISOR	NAME OF THE DECLARANT'S CO-SUPERVISOR	NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR	NAME OF THE DECLARANT'S CO-INVESTIGATOR
DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN	RESEARCH ON THE EFFECTS OF...	None	DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	None	None	None
DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN	RESEARCH ON THE EFFECTS OF...	None	DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	None	None	None
DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	UNIVERSITY OF THE PHILIPPINES - DILIGAN	RESEARCH ON THE EFFECTS OF...	None	DR. JUAN CARLOS L. SORIANO, JR.	None	None	None

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST

DECLARATION OF INTEREST





FORMA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS DE REGISTRO PARA EL REGISTRO DE PARTICIPANTES

FECHA DE ENTREGA: _____

AL SEÑOR DIRECTOR DE LA FEDERACIÓN DE DEPORTES

PRESENTE. Yo, _____

IDENTIFICADO CON:

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

FECHA DE ENTREGA: _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

PRESENTE. Yo, _____

DECLARACIÓN DE VERDAD DE LOS DATOS PRESENTADOS

NOMBRE	CATEGORÍA	EDAD	SEXO	FECHA DE ENTREGA				FECHA DE ENTREGA			
				FECHA	HORA	LUGAR	PAÍS	FECHA	HORA	LUGAR	PAÍS
PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____
PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____

FECHA DE ENTREGA: _____

DECLARACIÓN DE VERDAD DE LOS DATOS PRESENTADOS

NOMBRE	FECHA DE ENTREGA									
	FECHA	HORA	LUGAR	PAÍS	FECHA	HORA	LUGAR	PAÍS	FECHA	PAÍS
PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____
PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____	PRESENTE. Yo, _____

FECHA DE ENTREGA: _____

DECLARACIÓN DE VERDAD DE LOS DATOS PRESENTADOS
AGENCIA SOCIAL TEMPORAL



FECHA DE ENTREGA: _____

FECHA DE ENTREGA: _____



FORMULARIO PARA SOLICITAR EL REGISTRO DE LOS INTERESADOS EN SER NOMBRADO O DESIGNADO

IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

Nombre completo: _____

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre completo: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

IDENTIFICACION DE LOS INTERESADOS EN SER NOMBRADO O DESIGNADO

INTERESADO	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION
INTERESADO	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION
INTERESADO	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION
INTERESADO	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION

IDENTIFICACION DE LOS INTERESADOS

Identificación: _____

INTERESADO	IDENTIFICACION									
	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION
INTERESADO	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION
INTERESADO	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	IDENTIFICACION

IDENTIFICACION DE LOS INTERESADOS

Identificación: _____

Identificación: _____

Identificación: _____



Identificación: _____

Identificación: _____



FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES

Fecha de Emisión: 1998

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre de la Institución: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Ciudad: _____

Provincia: _____

País: _____

Fecha de Emisión: _____

Nombre del Encuestador: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

Nombre del Encuestado: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	CÓDIGO DE ENFERMEDAD	NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	EDAD DEL PACIENTE	NÚMERO DE PACIENTES				NÚMERO DE PACIENTES			
				PROBLEMA	%	PROBLEMA	%	PROBLEMA	%	PROBLEMA	%
Enfermedad de la piel	100	Enfermedad de la piel	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Enfermedad de la piel	100	Enfermedad de la piel	100	100	100	100	100	100	100	100	100

IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	PROBLEMA DE LA ENFERMEDAD				
	PROBLEMA	%	PROBLEMA	%	PROBLEMA
Enfermedad de la piel	100	100	100	100	100
Enfermedad de la piel	100	100	100	100	100

IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD



10. 1998

10. 1998



ANNUAL REPORT ON THE ECONOMIC DEVELOPMENT OF THE REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

EXECUTIVE SUMMARY

1. The Department of Planning and Economic Development (DPE) is pleased to present this report to the public.

2. The report provides a comprehensive overview of the economic development of the Republic of South Africa.

3. The report also highlights the key challenges and opportunities facing the country.

1. INTRODUCTION

1.1 Background

1.2 Objectives

1.3 Scope

1.4 Methodology

1.5 Structure

1.6 Conclusion

1.7 Acknowledgements

1.8 References

1.9 Appendix

1.10 The Department of Planning and Economic Development (DPE) is pleased to present this report to the public.

1.11 The report provides a comprehensive overview of the economic development of the Republic of South Africa.

1.12 The report also highlights the key challenges and opportunities facing the country.

1.13 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.14 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.15 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.16 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.17 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.18 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.19 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.20 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.21 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

1.22 The report is structured as follows: Chapter 1: Introduction; Chapter 2: Economic Development; Chapter 3: Social Development; Chapter 4: Environmental Development; Chapter 5: Conclusion.

2. ECONOMIC DEVELOPMENT

Indicator	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15				2015/16			
					Target	%	Actual	%	Target	%	Actual	%
GDP (R100 billion)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Unemployment rate (%)	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25

3. SOCIAL DEVELOPMENT

3.1 Background

3.2 Objectives

3.3 Scope

3.4 Methodology

3.5 Structure

3.6 Conclusion

3.7 Acknowledgements

3.8 References

3.9 Appendix

4. ENVIRONMENTAL DEVELOPMENT

Indicator	2010/11					2011/12					2012/13				
	Target	%	Actual	%	Actual	Target	%	Actual	%	Actual	Target	%	Actual	%	Actual
CO2 emissions (million tonnes)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Water usage (million litres)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

5. CONCLUSION

5.1 Summary

5.2 Key findings

5.3 Recommendations

5.4 Conclusion

5.5 Acknowledgements

5.6 References

5.7 Appendix





Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

El presente formulario es de uso obligatorio para todas las personas que se encuentren en Chile y que estén en posesión de un documento de identidad o de un documento de datos personales. El presente formulario debe ser llenado y firmado por el titular del documento o por su representante legal. El presente formulario debe ser llenado y firmado por el titular del documento o por su representante legal. El presente formulario debe ser llenado y firmado por el titular del documento o por su representante legal.

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

El presente formulario es de uso obligatorio para todas las personas que se encuentren en Chile y que estén en posesión de un documento de identidad o de un documento de datos personales. El presente formulario debe ser llenado y firmado por el titular del documento o por su representante legal. El presente formulario debe ser llenado y firmado por el titular del documento o por su representante legal. El presente formulario debe ser llenado y firmado por el titular del documento o por su representante legal.

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

PERSONA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE REGISTRO				FECHA DE REGISTRO			
					FECHA	HORA	LUGAR	PAIS	FECHA	HORA	LUGAR	PAIS
1. NOMBRE Y APELLIDOS	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ESTADO CIVIL	5. FECHA DE REGISTRO	6. FECHA	7. HORA	8. LUGAR	9. PAIS	10. FECHA	11. HORA	12. LUGAR	13. PAIS
1. NOMBRE Y APELLIDOS	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ESTADO CIVIL	5. FECHA DE REGISTRO	6. FECHA	7. HORA	8. LUGAR	9. PAIS	10. FECHA	11. HORA	12. LUGAR	13. PAIS

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

PERSONA	FECHA DE REGISTRO							
	FECHA	HORA	LUGAR	PAIS	FECHA	HORA	LUGAR	PAIS
1. NOMBRE Y APELLIDOS	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ESTADO CIVIL	5. FECHA DE REGISTRO	6. FECHA	7. HORA	8. LUGAR	9. PAIS
1. NOMBRE Y APELLIDOS	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ESTADO CIVIL	5. FECHA DE REGISTRO	6. FECHA	7. HORA	8. LUGAR	9. PAIS

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales



Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales

Formulario de Registro de Documentos de Identificación y de Datos Personales



DECLARACIÓN DE INTERÉS

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL

001-00000000000000000000

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

CATEGORÍA	NÚMERO DE SOLICITUDES	NÚMERO DE PLAZAS	NÚMERO DE PLAZAS	NÚMERO DE PLAZAS				NÚMERO DE PLAZAS			
				Provincia	A	Región	A	Provincia	A	Región	A
1. PERSONAL DE SALUD PÚBLICA (PSP)	10		10	10	10	10	10	10	10	10	10
2. PERSONAL DE SALUD PÚBLICA (PSP)	10		10	10	10	10	10	10	10	10	10

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

CATEGORÍA	NÚMERO DE PLAZAS									
	NÚMERO DE PLAZAS					NÚMERO DE PLAZAS				
	Provincia	Región	A	Región	A	Provincia	Región	A	Región	A
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES



DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE LOS PARTICIPANTES



Formular za izveštavanje o stanju zdravstvenog sistema u Srbiji za 2023. godinu

Stranica 1 od 1

Podaci o zdravstvenom sistemu

Ime i prezime glavnog lekara
Adresa zdravstvene ustanove
Telefon
E-mail
Web stranica

Ime i prezime glavnog lekara
Adresa zdravstvene ustanove
Telefon
E-mail
Web stranica

Ime i prezime glavnog lekara
Adresa zdravstvene ustanove
Telefon
E-mail
Web stranica

Ime i prezime glavnog lekara
Adresa zdravstvene ustanove
Telefon
E-mail
Web stranica

Indikator	Jedinica merenja	Godina	Vrednost	Prostorni razlici				Vremenski trend			
				Prostorni	Godina	Godina	Godina	Prostorni	Godina	Godina	Godina
Broj zdravstvenih ustanova		2022	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Broj zdravstvenih ustanova po vrsti		2022	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Indikator	Podaci o zdravstvenom sistemu									
	Podaci o zdravstvenim ustanovama					Podaci o zdravstvenim ustanovama				
	Prostorni	Godina	Godina	Godina	Godina	Prostorni	Godina	Godina	Godina	Godina
Broj zdravstvenih ustanova	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Ime i prezime glavnog lekara
Adresa zdravstvene ustanove

Ime i prezime glavnog lekara
Adresa zdravstvene ustanove



DECLARACIÓN DE VALORES

DECLARACIÓN DE VALORES DE LOS BIENES DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS

001-00000000000000000000

DECLARANTE: [Nombre]
 CUI: [CUI]
 DNI: [DNI]
 RUC: [RUC]
 CATEGORÍA: [Categoría]
 NÚMERO DE DECLARACIÓN: [Número]
 FECHA: [Fecha]
 LUGAR: [Lugar]

DECLARACIÓN DE VALORES DE LOS BIENES DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS
 DECLARANTE: [Nombre]
 CUI: [CUI]
 DNI: [DNI]
 RUC: [RUC]
 CATEGORÍA: [Categoría]
 NÚMERO DE DECLARACIÓN: [Número]
 FECHA: [Fecha]
 LUGAR: [Lugar]

DECLARACIÓN DE VALORES

DECLARANTE: [Nombre]
 CUI: [CUI]
 DNI: [DNI]
 RUC: [RUC]
 CATEGORÍA: [Categoría]
 NÚMERO DE DECLARACIÓN: [Número]
 FECHA: [Fecha]
 LUGAR: [Lugar]

DECLARANTE: [Nombre]

001-00000000000000000000

DECLARACIÓN DE VALORES DE LOS BIENES DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS

CATEGORÍA	CATEGORÍA DE BIENES	CATEGORÍA DE BIENES	CATEGORÍA DE BIENES	CATEGORÍA DE BIENES				CATEGORÍA DE BIENES			
				Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
001-00000000000000000000	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001
001-00000000000000000000	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001	001

DECLARANTE: [Nombre]
 CUI: [CUI]
 DNI: [DNI]
 RUC: [RUC]
 CATEGORÍA: [Categoría]
 NÚMERO DE DECLARACIÓN: [Número]
 FECHA: [Fecha]
 LUGAR: [Lugar]

DECLARACIÓN DE VALORES DE LOS BIENES DE LOS FUNCIONARIOS PÚBLICOS

CATEGORÍA	CATEGORÍA DE BIENES							
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
001-00000000000000000000	001	001	001	001	001	001	001	001
001-00000000000000000000	001	001	001	001	001	001	001	001

DECLARANTE: [Nombre]

DECLARANTE: [Nombre]
 CUI: [CUI]
 DNI: [DNI]
 RUC: [RUC]
 CATEGORÍA: [Categoría]
 NÚMERO DE DECLARACIÓN: [Número]
 FECHA: [Fecha]
 LUGAR: [Lugar]



[Firma]
 [Nombre]
 [Cargo]

[Firma]
 [Nombre]
 [Cargo]

**MINISTERIO ECONOMÍA Y FINANZAS****OFICINA GENERAL DE CONTABILIDAD (OIG)**

LIMA, 05 DE AGOSTO DE 2010

AL SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO**SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO**

El presente documento tiene por objeto informar a la Honorable Cámara de Diputados y al Honorable Senado de la República del Perú sobre el avance de la ejecución del presupuesto de la Oficina General de Contabilidad (OIG) para el año 2010, correspondiente al mes de agosto.

El presente informe se basa en los datos que se han generado hasta la fecha, los cuales se detallan en el anexo que acompaña a este documento.

Quedo a disposición para cualquier consulta o aclaración que pueda surgir.

Atentamente,

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO

FOLIO 001 DE 001

FOLIO 001 DE 001

FOLIO 001 DE 001

ANEXO 1: ESTADO DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA OIG

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MONTOS	MONTOS	MONTOS	MONTOS				MONTOS			
					Presupuesto	Realizado	Porcentaje	Saldo	Presupuesto	Realizado	Porcentaje	Saldo
001	Presupuesto de la OIG	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	100	0	1000000000	1000000000	100	0
002	Presupuesto de la OIG	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	1000000000	100	0	1000000000	1000000000	100	0

ANEXO 2: ESTADO DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA OIG**ANEXO 3: ESTADO DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA OIG****ANEXO 4: ESTADO DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA OIG**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MONTOS				MONTOS			
		Presupuesto	Realizado	Porcentaje	Saldo	Presupuesto	Realizado	Porcentaje	Saldo
001	Presupuesto de la OIG	1000000000	1000000000	100	0	1000000000	1000000000	100	0

El presente informe se basa en los datos que se han generado hasta la fecha, los cuales se detallan en el anexo que acompaña a este documento.

Quedo a disposición para cualquier consulta o aclaración que pueda surgir.

SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO**SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO****SEÑOR PRESIDENTE DEL CONGRESO**



SECRETARÍA DE ECONOMÍA

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS DE LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

PERIODO: 2014

1. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

2. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

3. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

4. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

5. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

6. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

7. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

8. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

9. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

10. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

11. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

12. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

13. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

14. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

15. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

16. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

17. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

18. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

19. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

20. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

21. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

22. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

23. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

24. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

25. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

26. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

27. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

28. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

29. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

30. NOMBRE DEL ENTIDAD: SECRETARÍA DE ECONOMÍA

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS DE LA ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS				ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS			
				ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

CÓDIGO	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS									
	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS	ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS



ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS

ESTADO DE CUENTAS DE GASTOS