Estimado usuario:

1. La información aquí suministrada es absolutamente confidencial. El Consejo Superior de Salud Pública a través de la Unidad de Registro de Establecimientos de Salud (URES) coordinará con su representante si requiere revelar esta información para solucionar el caso.
2. Por favor, complete este formulario con letra de molde, máquina o bien de forma electrónica.
3. Cualquier consulta sobre el proceso u orientación para completar el formulario, puede realizarse ya sea personalmente; vía telefónica, a los teléfonos (503) 2561-2564, 2561-2501, 2561-2513 en el Área de Atención al usuario de la URES; o bien, vía WhatsApp (503) 6973-1617.
4. Por favor sírvase enviar este formulario a la dirección de correo electrónico: [registrodeestablecimientos@cssp.gob.sv](mailto:registrodeestablecimientos@cssp.gob.sv) o bien, presentarla de manera física en las oficinas de la URES.

|  |
| --- |
| **IDR** (uso interno): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información General** | | | |
| **Nombre del usuario:** |  | | |
| **Nombre del establecimiento:** |  | | |
| **Fecha:** |  | | |
| **Responsable de la queja:** |  | | |
| **Cargo:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | | |
| 1. **Descripción** | | | |
| **Situación encontrada:** | | | |
|  | | | |
| **Indique en qué fase del proceso de apertura de establecimientos se presentó la situación:** | | | |
|  | | | |
| **Fecha de la situación:** |  | | |
| **Solución recomendada:** | | | |
|  | | | |
| **Lista de documentos adjuntos como evidencia (si aplica):** | | | |
|  | | | |