



AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD
DEPARTAMENTO DE HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE USUARIO PARA EL SISTEMA KARPLUS¹
EN LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD.**

FECHA DE
REMISIÓN

Seleccione
fecha.

¿POSEE USUARIO REGISTRADO?

Indicar si
cuenta con
usuario.

**1. CÓDIGO SANITARIO
(cuando aplique)**

Escriba el Código Sanitario asignado por la ANRS .

2. NOMBRE COMPLETO:

Detalle el nombre completo del(a) profesional sanitario.

3. IDENTIFICACIÓN

Elija el tipo de documento de identificación.

4. N° DE IDENTIFICACIÓN:

Escriba el N° de Identificación.

5. DOMICILIO

Detalle su dirección exacta

6. N° DE TELÉFONO

Escriba N° de teléfono.

7. CORREO ELECTRÓNICO Escriba su correo electrónico

8. OBSERVACIONES

Detalle cualquier aspecto que considere relevante para su solicitud

HACIA
NUEVAS
VICTORIAS!

¡CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA

DEPARTAMENTO DE HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",

Costado Oeste Colonia 1ro. de Mayo, Managua, Nicaragua.

PBX (505) 22647730– 22647630 – Web www.minsa.gob.ni

¹ Remitir el presente Formato a la siguiente dirección electrónica: dim@minsa.gob.ni

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Fecha de Remisión: corresponde a la fecha en que el usuario envía el formato a la dirección de correo indicada en el mismo para efectuar la solicitud de usuario en el sistema *Karplus* Módulo de Dispositivos Médicos. Debe elegir en la casilla a la derecha dicha fecha.

Usuario Registrado: Indica si el profesional sanitario ya se encuentra registrado como usuario en el Sistema *Karplus* para efectuar trámites en otras Direcciones de la ANRS. Si selecciona la opción SI, la Dirección de Regulación en Salud procederá a la habilitación de dicho usuario para el módulo de Habilitación de Establecimientos de Salud, según corresponda. Si selecciona la opción NO, se procederá a crearle un usuario en el Sistema.

Código sanitario: corresponde al código de registro de profesional otorgado por el Departamento de Registro de Profesionales y Técnicos de la Salud, de la Dirección de Regulación en Salud, dependencia de la Autoridad Nacional de Regulación Sanitaria (ANRS). Debe detallarlo correctamente dicho código en el espacio establecido para tal fin. En caso que el Representante Legal o tramitador sea un profesional de la Salud, en caso que no, se deja este espacio en Blanco.

Nombre completo: Indicar nombres y apellidos del Representante Legal o Tramitador, como lo detalla la identificación presentada.

Identificación: corresponde al tipo de identificación legal que el profesional utiliza (cédula de identidad, cédula de residencia o pasaporte).

Nº de identificación: corresponde a código alfanumérico que detalla el documento de identificación presentado.

Domicilio: corresponde a la dirección exacta en la cual reside el profesional sanitario.

Nº de teléfono: corresponde al número de teléfono celular (personal) utilizado por el profesional.

Correo electrónico: corresponde a la dirección electrónica que el usuario utilizará para ser contactado. Deberá cerciorarse que el correo electrónico detallado se encuentra correctamente escrito para evitar contratiempos en las comunicaciones.

Observaciones: en este punto se deberá describir cualquier información que la Dirección de Regulación en Salud/Departamento de Habilitación de Establecimientos debe tener en conocimiento y que sea de importancia al momento de la evaluación.

¡CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA

DEPARTAMENTO DE HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios",

Costado Oeste Colonia 1ro. de Mayo, Managua, Nicaragua.

PBX (505) 22647730–22647630 – Web www.minsa.gob.ni