



MINISTERIO  
DE SALUD

Referencia  
Espacio reservado para UAIP

# SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Datos del Solicitante

Nombre completo

Persona: Jurídica  Natural

Tipo de documento  N° de documento

Nombre de su representado:

Calidad con la que actúa

(en caso de actuar por medio de representante debe adjuntar los documentos que lo comprueben)

Género  Nacionalidad Salvadoreña  Extranjero

Edad  Profesión u oficio

Departamento  Municipio

Nivel Educativo Sin escolaridad  Educación básica  Bachillerato   
Técnico  Licenciatura  Maestría  Doctorado

Detalle la información que solicita, de ser posible agregue o anexe elementos que puedan ser de utilidad para ubicar la Información:

Información que solicita

Medio de notificación

Medio para recibir notificaciones:

Correo electrónico

Fax

Dirección física

Presencial

Dirección de correo electrónico, dirección física o fax:

Números teléfono de contacto:

Medio en el que la desea recibir la información

Electrónico	Impreso
USB <input type="checkbox"/>	Copia simple* <input type="checkbox"/>
CD* <input type="checkbox"/>	Copia certificada* <input type="checkbox"/>
DVD* <input type="checkbox"/>	Consulta directa <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	

**IMPORTANTE:** puede presentar esta solicitud impresa en la Unidad de Acceso a la Información Pública de esta institución o puede enviarla por correo electrónico siempre que conste su firma o huella. En todo caso debe presentar copia de su documento de identidad o adjuntar copia del mismo.

Lugar y fecha de presentación

Nota: \*Sin perjuicio de la gratuidad en la entrega de la información, las copias simples, certificadas y medios digitales como el CD o DVD, tendrán un costo que deberá ser asumido por el usuario; siempre y cuando los montos estén previamente aprobados por el ente obligado.

Firma o huella

\_\_\_\_\_

Datos Estadístico (Opcionales)

**\*Nota:** esta información es de carácter opcional. Nuestra institución únicamente los utilizara para datos estadísticos de forma general.

**FORMA PARTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES GRUPOS POBLACIONALES:**

No pertenezco a ningún grupo poblacional

LGBTI+Q

Lesbiana  Gay  Bisexual  Transexual  intersexual

Persona no Binarias dentro del género Queer

Afrodescendientes  Otro

Pueblos indígenas  Otro

Indique si posee discapacidad: Física motora  Sensorial

Intelectual  Motriz  Auditiva  Visual  Otro

¿Cómo se enteró de la existencia de la Ley de?

Prensa  Radio  Televisión  Internet  Otro

Lic. Carlos Castillo  
**Oficial de Información**

**Dirección:**

Calle Arce No. 827, Ministerio de Salud

**Correo electrónico:** oir@salud.gob.sv

**Teléfono:** (503)2591-7480; (503)25917487  
(503) 7039-5678

**Correo Oficial de Información:**  
carlos.cmartinez@salud.gob.sv

Fecha de recepción

Firma

Sello

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recuerde**

Puede acudir al Instituto de Acceso a la Información Pública en los siguientes casos:

- 1) Una vez vencido el plazo de entrega de información, si no recibe respuesta, tiene 15 días hábiles para iniciar el procedimiento por falta de Respuesta. Artículo 75 Ley de Acceso a la información Pública.
- 2) Si está en desacuerdo con la respuesta obtenida tiene 15 días hábiles para interponer un recurso de apelación. Artículo 135 Ley de Procedimientos Administrativos.
- 3) También puede interponer denuncias por infracciones de la LAIP, dentro de 90 días contados desde la fecha de su cometimiento. Artículo 79 Ley de Acceso a la información Pública.

Para mayor infracción sobre dichos procedimientos ante el IAIP. También puede consultar la siguiente dirección electrónica:

<https://www.transparencia.gob.sv/institutions/iaip/services>