

REGIÓN DEPARTAMENTAL: _____ MUNICIPIO: _____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ CÓDIGO: _____

REGIÓN DEPARTAMENTAL: _____ **MUNICIPIO:** _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ **CODIGO:** _____

CODIGO: _____

MES: _____ AÑO: _____ PERSONA RESPONSABLE DEL LLENADO: _____

ITS - 2

ACTUALIZADO 2025.

OBSERVACIONES: