



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

ALIANZA CON ACTORES CLAVE

DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO

1. Establecimiento de Salud: Hospital Distrital [2011] 2. Región Sanitaria: Déima [10]  
3. Distrito: Presidente Franco [02] 4. Fecha de Ingreso (dd/mm/aaaa): 20/05/2024

I PARTE: DATOS DE LA ENTIDAD

5. Identificación: 1.  C. Identidad 2.  RUC N.º 3.  Código propio [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 6. Código Postal: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
7. Razón Social: Universidad Privada del Este - Facultad de Ciencias de la Salud.  
8. Tipo de Entidad: 1. Organismo: a) Internacional  b) ONG  c) Otro  Especificar \_\_\_\_\_  
2. Gubernamental: a) Presidencia  b) Ministerio  c) Secretaría  d) Gobernación  e) Otro  Especificar \_\_\_\_\_  
3. Municipal: a) Municipalidad  b) Junta Municipal  c) Consejo de Salud  e) Otro  Especificar \_\_\_\_\_  
4. Empresa: a) Pública  b) Privada Nacional  c) Privada Multinacional  d) Otro  Especificar \_\_\_\_\_  
9. Dirección: 1. Barrio/Compañía/Asentamiento Barrio San Pedro - Área 5 2. Área: a)  Urbana b)  Rural  
3. Manzana \_\_\_\_\_ 4. Dirección Avda. Meléndez Esq. Caazapa 5. N.º \_\_\_\_\_  
6. N.º de Teléfono: (0993) 282 857 7. N.º de FAX: \_\_\_\_\_ 8. Correo Electrónico: contacto@upe.edu.py  
9. Referencia \_\_\_\_\_ 10. Croquis:  Si  No

10. PERSONA DE CONTACTO

1. Apellido (s) y Nombre (s): Margarita Orlagoza Melgorejo  
2. Cargo: Decana 3. Título: Mg. en Promoción de la Salud 4. N.º Celular: 0984-6677  
4. N.º de Teléfono: 0984-6677 5. N.º de FAX: \_\_\_\_\_ 6. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

II PARTE: POSIBLES ÁREAS DE TRABAJO IDENTIFICADAS

11. Educativa  12. Laboral  13. Comunitaria: a) Familia  b) Municipio  14. Servicio de Salud   
15. Otras  Especificar: melgorezortiz@upe.edu.py



III PARTE: GESTIONES REALIZADAS

16. Fecha	17. Actividad	Reg. N.º
20/06/2024	Firma de la Alianza con la Facultad de Ciencias de la Salud.	1054
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

18. Adjunta documento firmado: a) Si  b) No  19. Tipo Documento: a) Resolución  b) Carta Compromiso  c) Otro  Detallar \_\_\_\_\_

IV PARTE: RECONOCIMIENTO

Aplica  No Aplica

19. Fecha	20. Acto de Reconocimiento
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

V PARTE: PROFESIONAL RESPONSABLE

21. Datos del Profesional que realiza la actividad:  
1. C. Identidad N.º [X] [5] [7] [4] [8] [8] 2. Apellido (s) y Nombre (s): María Belén Paiva Román  
3. N.º Teléfono \_\_\_\_\_ 4. N.º Celular 0994-192240 5. Correo Electrónico: mbelenpaiva@gmail.com  
Firma: [Signature] Sello: \_\_\_\_\_

