

PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA Resolución 4816 de 2008

Fecha de solicitud _____

dd/mm/aaaa

A. INSTRUCCIONES GENERALES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Lea atentamente todo el formulario de inscripción antes de diligenciarlo.
2. Puede ingresar la información directamente en el formato Acrobat, guardar y enviar vía correo electrónico a nuestro correo institucional tecnovigilancia@invima.gov.co
3. Igualmente puede imprimir y diligenciar con letra imprenta legible y radicarlo en medio físico.
4. El formulario de inscripción aplica para una sola persona por Organización, en caso que requiera inscribir más personas deberá diligenciar un formulario adicional.
5. El diligenciamiento de este formulario y posterior envío al INVIMA, ratifica su intención de participar en la RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA y el compromiso de compartir y participar en las actividades que dentro de esta se genere.

B. MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

1. Llene la casilla que aplique según el tipo de Organización a la que pertenece:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Profesional de la Salud | <input type="checkbox"/> Importador | <input type="checkbox"/> Entidad Territorial de Salud |
| <input type="checkbox"/> Prestador de Servicio de Salud | <input type="checkbox"/> Fabricante | <input type="checkbox"/> Universidad |
| <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Distribuidor | <input type="checkbox"/> Asociación o Gremio |
| <input type="checkbox"/> Entidad Gubernamental | <input type="checkbox"/> Organización No Gubernamental | <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? |

* Si marcó la casilla independiente, por favor diligencie solo la sección D

C. INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Nombre o razón social | | | | 2. NIT | | | | |
| 3. Naturaleza | <input type="radio"/> Privada | <input type="radio"/> Mixta | <input type="radio"/> Pública | 4. Nivel de complejidad | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> No aplica |
| 5. Dirección de la Organización | | | | | | | | |
| 6. País | | | 7. Departamento | | | 8. Ciudad o municipio | | |
| 9. Teléfono | | | | 10. Fax | | | | |
| 11. Correo electrónico corporativo | | | | | | | | |

D. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------|--|-----------------------------------------------|-----------------------|--|--|
| 1. Nombres y Apellidos | | | | 2. Número de identificación | | | |
| 3. Profesión | | 4. Cargo | | 5. Área de la Organización a la que pertenece | | | |
| 6. Dirección de domicilio | | | | | | | |
| 7. País | | 8. Departamento | | | 9. Ciudad o municipio | | |
| 10. Teléfono de domicilio | | | | 11. Celular | | | |
| 12. Correo electrónico personal | | | | | | | |

 FIRMA SOLICITANTE