

Tema:	N.A
ID de seguimiento:	HRL-GJB-E3DP
Estado del trámite:	Resuelto
Creado en:	2020-11-20 13:53:41
Última Actualización:	2020-11-20 14:29:01
última respuesta:	Romis A. Garcia A.
Categoría:	Visitas y Certificaciones de Capacidad
Nombre:	LUIS STEINER
Trámite - Visitas y certificaciones de capacidad:	Visitas y/o Certificados BMP - BPL - BPE
Nombre de Titular, Representante legal o Apoderado:	LUIS STEINER
Número de cédula:	79388143
Razón Social:	CLARIPACK S.A.
NIT:	860079486-6
Forma de Pago:	PSE
Número de Consignación:	802335049
Valor de Consignación:	15888200
Dirección:	CRA. 68 C No. 11-75
Departamento:	DISTRITO CAPITAL
Ciudad:	BOGOTÁ
Numero de Folios:	180
Número telefónico:	3902072
De acuerdo a los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud.	Si

Solicitud de Visita de Renovación y Ampliación BPM

Fecha: 2020-11-20 14:28:42

Nombre: Romis A. Garcia A.

Nos permitimos informarle que su solicitud del tramite cumple con los requisitos mínimos para la radicación, por consiguiente ha ingresado a nuestro sistema de Registros Sanitarios - Invima, así:

Número de Radicado: 20201217763

Llave: 100052

Si Usted desea realizar el seguimiento a su trámite, puede ingresar a nuestra página Web, en la ruta: <http://www.invima.gov.co> / trámites y servicios / tramites en línea. Tenga en cuenta que si no cuenta con el usuario podrá crearlo en este mismo enlace.

FORMATO SOLICITUD DE TRÁMITES
(visitas, certificaciones y certificados)

Código: ASS-AYC-FM033

Versión: 07

Fecha de Emisión: 21/08/2018

Importante: Para la radicación de cualquier solicitud de un trámite que se enmarque dentro de lo dispuesto en el presente formato, deberá diligenciar con obligatoriedad todos los numerales que apliquen al tipo de solicitud que realiza.

Fecha de Solicitud:

20	11	2020
DD	MM	AAAA

AUTORIZO AL INVIMA A REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE MANERA ELECTRÓNICA DE ACUERDO CON LOS ARTÍCULOS 54 Y 56 DE LA LEY 1437 DE 2011 AL CORREO ELECTRÓNICO SUMINISTRADO EN ESTE FORMULARIO



Correo electrónico de notificación:

[Ver condiciones](#)
1. DATOS GENERALES

Nombre del Establecimiento, Motonave o Buque:

CLARIPACK S.A.

Tipo de Documento:

NIT

Numero de Documento :

860.079.486-6

Teléfono:

3902072

Fax:

N.A

Dirección del establecimiento:

Carrera 68 C No. 11-75/83

País :

Colombia

Ciudad:

Bogotá

Correo Electrónico:

claripack@claripack.com

Página Web:

www.claripack.com

2. DATOS PERSONALES

Representante Legal:

LUIS EUGENIO STEINER RESTREPO

C.C. No. / C.E. No.:

79.388.143

Dirección de Notificación:

Carrera 68 C No. 11-75/83

Ciudad:

Bogotá

Teléfono:

3902072

Correo Electrónico:

claripack@claripack.com

3. DATOS DE LA VISITA (Hace referencia al lugar en donde se efectuará la visita)

Nombre y/o Razón Social donde realiza la actividad:

CLARIPACK S.A.

Dirección donde se realizará la visita:

Carrera 68 C No 11- 75/83 y Calle 12 No. 68 C -25

Teléfono:

3902072

Fax:

N.A

Ciudad:

Bogotá

País:

Colombia

Correo Electrónico:

claripack@claripack.com

4. TIPO DE SOLICITUD A REALIZAR

Dirección Responsable :

Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Producto :

Medicamentos

Tipo de Solicitud :

Renovación establecimientos de medicamentos

Tipo de Trámite :

Visita de renovación de Certificados de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de Establecimientos de Medicamentos.

5. DATOS DEL COMITÉ DE ÉTICA (Hace referencia a todo lo relacionado con el Comité de Ética)

Aplica para visitas de certificación en Buenas Prácticas Clínicas

Nombre del Comité de Ética en Investigación:

N.A

Dirección:

N.A

Teléfono:

N.A

Institucional

N.A

Nombre del Presidente:

N.A

Ciudad:

N.A

Correo Electrónico:

N.A

FORMATO SOLICITUD DE TRÁMITES
(visitas, certificaciones y certificados)

Código: ASS-AYC-FM033

Versión: 07

Fecha de Emisión: 21/08/2018

6. DATOS DEL LABORATORIO CLÍNICO: (Hace referencia a todo lo relacionado con el LABORATORIO CLÍNICO)
Aplica para visitas de certificación en Buenas Prácticas Clínicas

Nombre del Laboratorio Clínico:

N.A

Dirección:

N.A

Teléfono:

N.A

Institucional

N.A

Contratado

N.A

Nombre del responsable de
Estudios Clínicos:

N.A

Ciudad:

N.A

Correo Electrónico:

N.A

7. DATOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO: (Hace referencia a todo lo relacionado con el SERVICIO FARMACÉUTICO)
Aplica para visitas de certificación en Buenas Prácticas Clínicas

Institucional

N.A

Contratado

N.A

Si es contratado, nombre de la Institución al que pertenece:

N.A

Dirección

N.A

Teléfono

N.A

El servicio realiza adecuación de medicamentos de acuerdo a la Resolución 444 de 2008.

Si

N.A

No

N.A

Si la respuesta anterior es afirmativa, el servicio farmacéutico cuenta con certificación de Buenas Prácticas de Elaboración

Si

N.A

No

N.A

Este servicio es:

Institucional

N.A

Contratado

N.A

Si es contratado, nombre de la Institución que presta el servicio:

N.A

8. INFORMACIÓN BÁSICA PARA ESTABLECIMIENTOS DE BEBIDAS ALOHÓLICAS
Aplica para visitas de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)

Indicar en cada casilla la información correspondiente:

Número de empleados de la
empresa:

N.A

Área de proceso y
almacenamiento de materia
prima (m2):

N.A

Área de almacenamiento de
producto terminado (m2):

N.A

Productos que elabora:	Capacidad de producción mensual (litros):	Volumen de producción mensual (litros):

Insertar las casillas que sean necesarias

FIRMA: APODERADO, REPRESENTANTE LEGAL Ó PERSONA NATURAL

Nombre Apoderado-Representante Legal ó Persona
Natural

LUIS STEINER

CC:

79.388.143

Firma-Apoderado, Representante Legal ó Persona
Natural

NOTA: Para verificar los documentos que deben ser anexados para cada trámite, ingrese al siguiente a: <http://www.invima.gov.co> Trámites y Servicios