

PAGO INVIMA



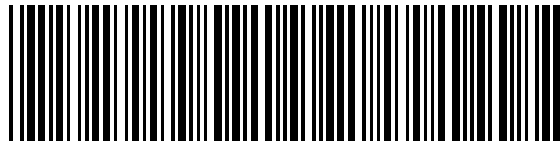
Pago Electrónico de Tarifas - Datos de la Transacción

Puede usar la transacción para radicar tramite

RECUERDE:

Una vez finalizado el pago, FAVOR imprimir el comprobante del soporte en la Opción Pago Electrónico Tarifas (Revisar Pagos), **RECUERDE** estará habilitado **DENTRO DEL MES DE PAGO** de acuerdo a las Políticas de Seguridad de ACH Colombia.

Nit Comercio:	830.000.167-2
Razon Social:	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
Usuario Tramites en Linea:	mprcomco
Numero de transacción /CUS:	1884613865
Valor Transacción:	139.111,00
Fecha:	2023/01/27
Entidad Bancaria:	BANCOLOMBIA
Nro. Referencia de Pago:	20230127124840118
Tarifa:	40025
Cantidad:	1
Valor Base Tarifa:	139.111,00
Estado:	TRANSACCION APROBADA
Identificacion Consignante:	830107497
Descripción del Pago:	Pago Tarifa



1884613865

Imprimir

Regresar a Tramites en Linea

Revise el estado de su cuenta bancaria para confirmar si el debito por el valor de la transacción fue aplicado por su entidad financiera.
Si desea puede comunicarse con la entidad para verificar su pago al siguiente correo electronico: invimast@invima.gov.co

SOLICITUD AUTORIZACIÓN

Equipos e Insumos Médicos Latinoamérica

EQUIPOS MEDICOS DE CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS HOLTER, ECG, PRUEBA ESFUERZO, MONITORES, MESA BASCULANTE, MONITOR PRESION

Bogotá, 27 de enero de 2023.

Señores:

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Bogotá, D.C. Colombia

Asunto. AUTORIZACION PARA AGOTAMIENTO DE EXISTENCIAS

PRODUCTO	ELECTROCARDIOGRAFO - ELECTROCARDIOGRAFO - CONTEC
EXPEDIENTE	20058494
REGISTRO SANITARIO	INVIMA 2013DM-0009609
TITULAR	GERMAR GMG S.A.S.
VENCIMIENTO	2023-02-27

Por medio del presente escrito, comedidamente me permito solicitar la AUTORIZACION AGOTAMIENTO DE EXISTENCIAS del Dispositivo en mención. De acuerdo al Decreto 4125 de 2005 Parágrafo 1°, puesto que no se presentó la Renovación del Dispositivo y está próximo a vencer el Registro y aún tenemos existencias

Adjuntamos la relación de la cantidad de equipos existentes por Referencia

REFERENCIAS	SERIES	CANTIDAD UNIDADES
ELECTROCARDIOGRAFO 300G	22030100006 - 22030100007 - 22030100009 - 22041900005 - 22092500001 - 22092500002 - 22092500003 - 22092500004 - 22092500005 - 22092500006 - 22092500007 - 22092500008	12 Unidades
ELECTROCARDIOGRAFO CONTEC8000S	22010400008 - 22010400009 - 22010400014 - 22030100001 - 22030100005	5 Unidades
ELECTROCARDIOGRAFO TLC9803	22030100072 - 22060300123 - 22060300134 - 22060300137 - 22060300138 - 22060300140 - 22060300144 - 22060300145 - 22060300153 - 22060300156 - 22060300158	11 Unidades
ELECTROCARDIOGRAFO 600G	22091800001 - 22091800002 - 22091800003 - 22091800004 - 21041500026 - 21041500024 - 21041500025 - 21041500027 - 21041500003 - 21041500008 - 21041500007 - 21010700018	12 Unidades
ELECTROCARDIOGRAFO 1200G	21041400001 - 21041400002 - 21050100004	3 Unidades

Miami USA 305-4348973

Sede Principal Bogotá D.C

DIAGONAL 115 A N° 70B – 17

Contacto 6135499 y 6241261 Cel 3002691331 y 3102117586

Equipos e Insumos Médicos Latinoamérica

EQUIPOS MEDICOS DE CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS HOLTER, ECG, PRUEBA ESFUERZO, MONITORES, MESA BASCULANTE, MONITOR PRESION

ELECTROCARDIOGRAFO CONTEC8000G	22090400004 - 22090400006 - 22090400008 - 22090400010 22110600021 - 22100100002 - 22100100018 - 22100100016 22100100012 - 22100100020 - 22100100005 - 22110600024 22100100009 - 22100100013 - 22090100005 - 22090100009 22090100008 - 22090100006 - 22080300013	19 Unidades
---	---	-------------

Cordialmente,


Martha Archila Mendoza

MARTHA EDUVIGIS ARCHILA MENDOZA
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 46665082

Miami USA 305-4348973

Sede Principal Bogotá D.C

DIAGONAL 115 A N° 70B – 17

Contacto 6135499 y 6241261 Cel 3002691331 y 3102117586

FORMULARIO

	ASEGURAMIENTO SANITARIO		REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	
	FORMATO ÚNICO DE DILIGENCIAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS			
	Código: ASS-RSA-FM007		Versión: 15	
Fecha de Emisión: 2021-05-03				

FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD REGISTRO SANITARIO, RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS Y EQUIPOS BIOMÉDICOS NO CONTROLADOS. DECRETO No. 4725 DE 2005

Para la radicación de cualquier solicitud de un trámite que se enmarque dentro de lo dispuesto en el numeral 1.3 del presente formato, deberá diligenciar con obligatoriedad los subnumerales 1.1 y 1.2

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, el INVIMA requiere para el ejercicio de sus funciones, recolectar datos personales de sus usuarios e incorporarlos en bases de datos. usted acepta el tratamiento de los mismos, de acuerdo con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y en la política de tratamiento y protección de datos personales, la cual puede consultar en www.invima.gov.co

[Ver condiciones](#)

☐ NO☒ SI

Correo electrónico de notificación: calidad.regulatorios@morenoa.com

1.1 DATOS GENERALES DEL TITULAR

Nombre o Razón Social

GERMAR GMG LTDA

NIT:

900.081.215-8

Dirección:

Diagonal 115 A No. 70B-17

Teléfono:

6135499

Cuidad:

Bogotá D.C.

Dpto.:

Bogotá D.C.

País:

Colombia

Representante Legal

MARTHA EDUVIGIS ARCHILA MENDOZA

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

46665082

Apoderado:

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

T.P. No.:

Dirección de Notificación:

CALLE 64 # 09-05 OFICINA 302

Ciudad:

BOGOTA D.C

e-mail:

calidad.regulatorios@morenoa.com

Teléfono:

7561115

1.2 DATOS DEL RESPONSABLE DE LA TRANSACCIÓN BANCARIA (No aplica para desgloses ni cancelaciones)

Nombre/ Razón social:

MPR MORENO ADVISORS S.A.S.

NIT:

830107497-9

Dirección:

CALLE 64 # 09 - 05 OFICINA 302

Teléfono:

7561115

Ciudad:

Bogotá D.C.

No. consignación (referencia):

1884613865

Código de la tasa:

4002-5

Valor (\$):

139.111

En caso de existir cesión por los derechos de uso de una tasa que no figure a nombre del titular declarado, deberá adjuntar el documento soporte que lo sustente:

AUTORIZACIÓN DE USO DE LA TASA DE UN TERCERO AL TITULAR

SI _____ NO X _____ FOLIO _____

1.3 TIPO DE TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR (Marque con una X en la celda de color correspondiente al tipo de trámite que requiere y luego Seleccione la opción "IR A..." para ser direccionado al formulario del trámite a solicitar.)

☐ IR A (DM)

EXPEDICIÓN DE REGISTRO SANITARIO AUTOMÁTICO, REGISTRO SANITARIO O RENOVACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÉDICOS

☐ IR A (EB)

EXPEDICIÓN DE REGISTRO SANITARIO AUTOMATICO , PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN O RENOVACIÓN PARA EQUIPOS BIOMÉDICOS

☐ IR A (MOD)

MODIFICACIÓN

☒ X IR A (AUT)

AUTORIZACIÓN CON O SIN REGISTRO SANITARIO

☐ IR A (CERT. CON RS)

CERTIFICACIÓN CON REGISTRO SANITARIO Y CERTIFICACION ASOCIADA A ALERTAS, INFORMES DE SEGURIDAD Y RECALL

☐ IR A (CERT. SIN RS)

CERTIFICACIÓN SIN REGISTRO SANITARIO

☐ IR A (DESG)

DESGLOSE

☐ IR A (CPFE)

CANCELACION (PERDIDA DE FUERZA EJECUTORIA)

Señor(a) Usuario(a):

TENGA EN CUENTA QUE....

Al seleccionar el tipo de trámite, Usted será direccionado al formulario que debe diligenciar para ese tipo de trámite.

Todos los formularios deben ser diligenciados con letra clara y legible a tinta de color negro o en máquina de escribir o a computador. No se aceptarán enmendaduras ni tachones.

Toda solicitud presentada en este formulario deberá ser firmada por el representante legal o el apoderado que sea declarado en el subnumeral 1.1 de este formulario inicial.

Todos los formularios anexos (dependiendo del tipo de trámite seleccionado) presentarán un listado adjunto de documentación indicando si es o no adjunto el documento soporte y en qué folio se evidencia.

Toda documentación a radicar debe estar foliado (numerado).

Al suscribir el presente formulario, se declara que la información presentada en ésta solicitud es veraz y comprobable en cualquier momento, que se conoce y que acata la normatividad sanitaria vigente acorde con las disposiciones dictadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que se relacionen con el tema de Dispositivos médicos y Equipos Biomédicos.

	ASEGURAMIENTO SANITARIO		REGISTROS SANITARIOS Y TRAMITES ASOCIADOS	
	FORMATO ÚNICO DE DILIGENCIAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS			
	Código: ASS-RSA-FM007		Versión: 15	
		Fecha de Emisión: 2021-05-03		

FORMULARIO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN PARA AGOTAMIENTO DE EXISTENCIAS

1. REGISTRO PARA EL CUAL SOLICITA AUTORIZACIÓN

NÚMERO DE REGISTRO	INVIMA 2013DM-0009609	NÚMERO DE EXPEDIENTE	20058494	VIGENCIA	27/02/2023
NOMBRE DEL PRODUCTO		ELECTROCARDIOGRAFO - ELECTROCARDIOGRAFO - CONTEC			

No	REQUISITOS	Si	No	Folio
1	Formulario único en medio físico y en medio magnético (Documento en Excel copiable) con el cual se solicita la autorización de agotamiento de existencias de producto, suscrito por el representante legal de la empresa titular o por un apoderado legalmente constituido	X		6 A 8
2	Recibo de pago por concepto del trámite en original por la tarifa legal correspondiente (Código 4002-5)	X		1 A 2
3	Justificación de la solicitud de agotamiento de existencias de producto.	X		3 A 5
4	Allegar inventario con los lotes y/o series,cantidades del producto y fecha de vencimiento (si aplica)	X		3 A 5
5	En el caso de autorización para uso de sticker debe allegarse el modelo del sticker		X	

Declaro que la información presentada en esta solicitud respaldada con mi firma, es veraz y comprobable en cualquier momento, que conozco y acato los reglamentos vigentes que regulan las condiciones sanitarias y que el producto aquí descrito cumple estrictamente con las normas técnico sanitarias expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

LA ANTERIOR INFORMACIÓN DEBE REPOSAR EN EL EXPEDIENTE, PARA SU VERIFICACIÓN.


Nombre y Firma del Representante Legal y / o Apoderado

VoBo. Legal:		Código	Fecha:	AAAA-MM-DD
VoBo.Técnico:		Código	Fecha:	AAAA-MM-DD
RECHAZO		Por qué?		

OBSERVACIONES