Formulario de Inscripción a la Red Nacional de Tecnovigilancia (REDITV007) por parte de los actores del Programa

Para uso Exclusivo del INVIMA
No
Código de identificación interno

PROGRAMA NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA Resolución 4816 de 2008

Fecha de solicitud 23-01-2023 (dd/mm/aaaa)

A. INSTRUCCIONES GENERALES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Lea atentamente todo el formulario de inscripción antes de diligenciarlo.
2. Diligencie con letra imprenta y legible.
3. El formulario de inscripción aplica para una sola persona por Organización, en caso que requiera inscribir más personas deberá diligenciar un formulario adicional.
4. El diligenciamiento de este formulario y posterior envió al INVIMA, ratifica su intención de participar en la RED NACIONAL DE TECNOVIGILANCIA y el compromiso de compartir y participar de las actividades que dentro de esta se genere.
5. La inscripción a la Red Nacional de Tecnovigilancia NO tiene relación con la autorización de ingreso al Aplicativo Web de Tecnovigilancia, son inscripciones independientes.

B. MODALIDAD DE INSCRIPCION

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

○ Profesional de la Salud	○ Importador	○ Entidad Territorial de Salud
(X) Prestador de Servicio de Salud	○ Fabricante	○ Universidad
○ Independiente	○ Distribuidor	○ Asociación o Gremio
○ Entidad Gubernamental	○ Organización No Gubernamental	○ Comercializador Mayorista
○ Comercializador Minorista	○ Banco de Sangre	○ Servicios de Estética y cosmetología
○ Ópticas	○ Fabricantes de DM[1] sobre medida	○ Comercializadores de prótesis y órtesis ortopédica externa
○ Laboratorios Clínicos	○ Otro ¿Cuál? _____	

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

C. INFORMACION DE LA ORGANIZACIÓN

1. Nombre o razón social SPAIO SALUD IPS S.A.S			2. NIT 900 801 310 - 0
3. Naturaleza	[X] Privada [ ] Mixta [ ] Pública	4. Nivel de complejidad	[X] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] No aplica
5. Dirección de la Organización CRA 3 N. 39-23			
6. País COLOMBIA	7. Departamento TOLIMA		8. Ciudad o municipio IBAGUE
9. Teléfono 3176367723		10. Fax	
11. Correo electrónico Corporativo spaidsaludipssas@Gmail.com			

D. INFORMACION DEL SOLICITANTE

1. Nombres y Apellidos NINI CUELLAR			2. Número de identificación 28.544.497
3. Profesión REGENTE	4. Cargo REGENTE	5. Área de la organización a la que pertenece SERVICIO FARMACEUTICO	
6. Dirección de domicilio CRA 45 N 148 82			
7. País COLOMBIA	8. Departamento TOLIMA		9. Ciudad o municipio IBAGUE
10. Teléfono de domicilio 280 76 70		11. Celular 318 716 97 87	
12. Correo electrónico personal ninijonanacuellarm@hotmail.com			

NINI CUELLAR

FIRMA SOLICITANTE