



FORMATO DE INSCRIPCIÓN PARA FABRICANTES DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO VITALES NO DISPONIBLES CONFORME A LA RESOLUCIÓN 522 DE 2020

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:

8	4	2020
DD	MM	AAAA

1. DATOS GENERALES DE CONTACTO

Nombre del Establecimiento / persona solicitante:

GIO ISAZA GROUP S.A.S.

Tipo de Documento:

NIT

Numero de Documento :

901.344.679-5

Teléfono:

57 (1) 7027051

Fax:

Dirección del establecimiento:

Avenida calle 85 # 12- 10 OFICINA 203

País :

Colombia

Ciudad:

Bogotá

Correo Electrónico:

dotaciones@gioisaza.com / info@gioisaza.com

Página Web:

www.gioisaza.com

2. DATOS PERSONALES

Representante Legal o solicitante:

NORMA GINETH FONSECA GAOA

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

1.026.563.628

Dirección de Notificación:

calle 85 # 12- 10 OFICINA 203

Ciudad:

Bogotá

Teléfono:

3024046658 - 3005563277

Correo Electrónico:

dotaciones@gioisaza.com / info@gioisaza.com

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZARÁ EL PROCESO PRODUCTIVO

Nombre y/o Razón Social donde realizará el proceso productivo:

GIO ISAZA GROUP S.A.S.

Dirección donde realizará el proceso productivo:

calle 85 # 12- 10 OFICINA 203

Teléfono:

57 (1) 7027051

Fax:

Ciudad:

Bogotá

País:

Colombia

Correo Electrónico:

info@gioisaza.com

4. TIPO DE SOLICITUD A REALIZAR

Dirección Responsable :

Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías

Producto :

Dispositivos Médicos

Tipo de Solicitud :

Inscripción para fabricación de vitales no disponibles en el marco de la emergencia por COVID-19

Registre los productos a fabricar:

1. TAPABOCAS, BATAS, POLAINAS, OVEROLES, GORROS

FIRMA: APODERADO, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL

Nombre Apoderado-Representante Legal ó Persona Natural solicitante

NORMA GINETH FONSECA GAOA

CC:

1.026.563.628

Firma-Apoderado, Representante Legal ó Persona Natural solicitante

NOTA: JUNTO CON ESTA SOLICITUD DEBE:

1. ANEXAR LA AUTOEVALUACIÓN DE REQUISITOS MÍNIMOS PARA LOS FABRICANTES DE DISPOSITIVOS MÉDICOS EQUIPOS BIOMÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO CONFORME A LA RESOLUCIÓN 522 DE 2020 POR CADA LÍNEA DE PRODUCTO A FABRICAR
2. ANEXAR EL LISTADO DE PRODUCTOS A FABRICAR
3. ANEXAR EL LISTADO DE NORMAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS NACIONALES O INTERNACIONALES POR PRODUCTO UTILIZADAS EN LA FABRICACIÓN