

Para uso exclusivo de la SDS Valle
N°
Código de identificación RED

Formulario de Inscripción a la Red Departamental de Farmacovigilancia por parte de los actores del programa



Gobernación del
Valle del Cauca
Secretaría Departamental de Salud



PROGRAMA DEPARTAMENTAL DE FARMACOVIGILANCIA

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

1. Lea atentamente el formulario de inscripción antes de que este sea diligenciado.
2. Diligencie con letra legible. Evite tachones y enmendaduras.
3. El formulario de inscripción aplica para todo tipo de prestador. Para profesional independiente se inscribe el profesional como referente, en el caso de las IPS y las entidades en las cuales haya diverso personal se inscribe un solo referente quien será el encargado del programa y de los respectivos reportes.
4. El diligenciamiento de este formulario y posterior envío a la Red Departamental de Farmacovigilancia del Valle del Cauca, ratifica su intención de participar en esta red y el compromiso de compartir y participar de las actividades que dentro de esta se genere.
5. Recuerde que este trámite solo es para inscripción a la Red Departamental de Farmacovigilancia del Valle del Cauca.

TIPO DE PRESTADOR O ENTIDAD

Seleccione la casilla de acuerdo al tipo de prestador o la modalidad bajo la cual está habilitado.

IPS	Profesional Independiente	Objeto social diferente	Transporte Especial
------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------

Si usted es un profesional independiente de la salud, por favor pase a diligenciar la información del solicitante, los demás tipos de prestador o entidades si deben diligenciar el formulario completo.

DATOS DEL PRESTADOR O ENTIDAD

Nombre o razón social				NIT			
Código de Habilitación			Ciudad			Domicilio	
Teléfono			E-mail			Celular	

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Por favor no diligenciar la casilla correspondiente a código de inscripción, ya que esta es de uso exclusivo de la Red Departamental y será diligenciada por el responsable de dicho programa.

Nombres			Apellidos			C.C o C.E	
Profesión			Cargo			Firma	
Ciudad			Domicilio			Teléfono	
E-mail			Celular			Código Inscripción	

INFORMACIÓN ADICIONAL

Recuerde:	Fecha Solicitud	DÍA	MES	AÑO
------------------	------------------------	------------	------------	------------

1. Debe diligenciar completamente este formulario y enviarlo al correo farmacovigilanciavalledelcauca@gmail.com.
2. Cuando diligencie y realice el envío del formulario al correo de la Red Departamental, en el transcurso de 8 a 10 días hábiles estará llegando vía correo electrónico la constancia de que ya está inscrito. Dicha constancia corresponde al formulario enviado con el respectivo código asignado por la Red, el cual servirá como constancia de Inscripción a la Red Departamental y como identificación en esta.
3. Al realizar la respectiva inscripción, usted quedara como miembro activo de la Red, por tanto recibirá constantemente circulares e información acerca de reportes, alertas y demás y deberá así mismo realizar los respectivos reportes en el tiempo estipulado por la Red.

