



Ministerio
de Salud

Dirección General
de Medicamentos, Insumos y Drogas

**SOLICITUD DE TRANSMISIÓN ELECTRÓNICA DE NOTIFICACIONES DE SOSPECHAS DE REACCIONES
ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS AL CENTRO NACIONAL DE
FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA**

SR(A)

DIRECTOR(A) GENERAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y
DROGAS

Por la presente, _____
(Nombre de Establecimiento de Salud/Establecimiento Farmacéutico)

Solicito realizar la transmisión electrónica de notificaciones de sospechas de reacciones
adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos al Centro Nacional de
Farmacovigilancia y Tecnovigilancia a través de **eReporting**.

Asimismo, comunico que los siguientes profesionales de la salud estarán encargados de la
transmisión electrónica de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a
medicamentos u otros productos farmacéuticos:

Nombres y apellidos	Profesión	Teléfono	Correo electrónico institucional

Las notificaciones serán enviadas utilizando el siguiente correo:
.....(colocar el correo
creado con el nombre del establecimiento de salud Ej. [hospitalnacionalcayetanoheredia-
lima@gmail.com](mailto:hospitalnacionalcayetanoheredia-lima@gmail.com))

Fecha _____, _____, _____

Firma y sello
Presidente del Comité de Farmacovigilancia
Director del Establecimiento de Salud
Director Técnico del Establecimiento Farmacéutico