



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas

## eReporting

### CARTA DE COMPROMISO

Yo \_\_\_\_\_

(Nombres y apellidos)

identificado(a) con DNI ° \_\_\_\_\_,

Presidente del Comité de Farmacovigilancia/Director del Establecimiento de  
Salud/Director Técnico del Establecimiento Farmacéutico de:

\_\_\_\_\_,  
(Nombre del Establecimiento de Salud)

Me comprometo a:

1. Que el link de eReporting brindado por el Centro Nacional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia (CENAFyT) sea usado por los profesionales de la salud designados para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos bajo condiciones de confidencialidad.
2. Que no se divulga o autorice a terceras personas o instituciones el link de eReporting para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos, a menos que sea para las actividades de farmacovigilancia.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos, acepto mi responsabilidad por cada uno de mis actos y sus posibles consecuencias.

Lima- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello