CERTIFICACIÓN DEL CONFINAMIENTO DEL GAPIII

Formulario de solicitud

Fecha de la solicitud

|  |
| --- |
| **Solicitud de:** |
| [ ]  | **Certificado de participación** | [ ]  | **Certificado provisional de confinamiento** | [ ]  | **Certificado de confinamiento** |
| **Actividades de certificación:** |
| [ ]  | **Solicitud inicial de certificado de participación**  | [ ]  | **Nueva solicitud del certificado de participación** | [ ]  | **Evaluación de deficiencias** | [ ]  | **Certificación inicial** | [ ]  | **Renovación de la certificación** | [ ]  | **Prórroga de la validez del certificado** |
| **DATOS DE LA ORGANIZACIÓN** |
| Nombre: | Dirección: |
| Tipo de establecimiento (p. ej. producción de vacunas, investigación, medios de diagnóstico, control de calidad, almacenamiento, etc.): | Tipo de trabajo que se realiza (p. ej. producción a granel, ensayos de control de calidad, investigación, trabajo con animales, etc.): |
| Número total de empleados:  | Número de turnos de trabajo:  |
| Jornada completa (JC): | Hora del turno y número de empleados durante el turno: |
| Jornada parcial (JP): |  |
| Estacional (ES): |  |
| NOMBRE de la persona de contacto: | TELÉFONO de la persona de contacto: |
| CARGO de la persona de contacto: | CORREO ELECTRÓNICO de la persona de contacto: |
| NOMBRE del director general: | TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO del director general: |

**Si la organización tiene establecimientos en otro lugar, sírvase proporcionar la siguiente información:**

| **Númerode establecimientos en otro lugar** |  |
| --- | --- |
| **Ubicación** | **Tipo de trabajo que se realiza** | **Número de empleados (JC, JP, ES)** | **Hora del turno y número de empleados durante el turno** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATOS PARA LA FACTURACIÓN** |
| Persona de contacto: | Teléfono del contacto: | Correo electrónico: |
| Dirección (si es diferente de la anotada anteriormente): |

Necesidad o justificación para conservar materiales de poliovirus después de la erradicación:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Finalización de los trabajos y almacenamiento | Fecha prevista de finalización: |  |
| Medidas aplicadas con respecto a las muestras conservadas de poliovirus antes del vencimiento del certificado de participación o de la emisión del certificado provisional de confinamiento o el certificado de confinamiento: |
| [ ]  | Destruidas  | Fecha prevista de destrucción: |  | Medios de la destrucción: |  |
| [ ]  | Trasladadas para su confinamiento a otro establecimiento esencial de poliovirus: | Trasladadas a: |  | Fecha del traslado: |  |
| [ ]  | Manipuladas o almacenadas como parte de un programa continuo de trabajo |
| Medidas aplicadas con respecto a las muestras conservadas de poliovirus antes del vencimiento del certificado de participación o de la emisión del certificado provisional de confinamiento o el certificado de confinamiento: |
| [ ]  | Se solicitó el certificado provisional de confinamiento o el certificado de confinamiento | Fecha prevista de obtención del certificado provisional de confinamiento o el certificado de confinamiento: |  | Presentación de un plan de acción con plazos definidos: | [ ]  SÍ [ ]  NO |
| [ ]  | Mantenidos en almacenamiento resguardado | Ubicación: |  | Condiciones de almacenamiento: |  |
| [ ]  | Usadas para otras actividades: | Especificar las actividades: |  |

PARA PRESENTAR DE NUEVO LA SOLICITUD:

|  |
| --- |
| Resumen de la información adicional o de la justificación proporcionada: |

¨

PARA LA SOLICITUD DE UNA PRÓRROGA:

|  |
| --- |
| Justificación de la solicitud de prórroga: |

DECLARACIÓN (establecimiento)

Declaramos que la información presentada en este formulario es completa y correcta, según nuestro leal saber y entender. Entendemos que cualquier aseveración voluntariamente errónea nos expone a la descalificación por parte del Programa de Certificación del Confinamiento.

|  |  |
| --- | --- |
| Reconocido por: Nombre: Cargo:Fecha: | Testigo:Nombre: Cargo:Fecha:  |

Para uso oficial

|  |
| --- |
| **SOLICITUD TRAMITADA POR LA AUTORIDAD NACIONAL DE CONFINAMIENTO** |
| Nombre: | País y organismo | Número telefónico y correo electrónico del contacto: |
| Fecha en que fue tramitada: | Validez del certificado: |
| Observaciones: |
| **Situación del examen: solicitud inicial, solicitud repetida, solicitud de prórroga**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Aceptada** | [ ]  | **Rechazada** | [ ]  | **Pendiente** |

 |
| **Documentos probatorios para SU presentación a la Comisión Mundial de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Datos objetivos de cumplimiento de las salvaguardas secundarias y terciarias** | [ ]  | **Sinopsis de la evaluación propuesta y las actividades de monitoreo** | [ ]  | **Contrato o acuerdo** |  |
| [ ]  | **Evaluación de riesgos** | [ ]  | **Informe del examen de documentos**  | [ ]  | **Informe de la auditoría** |  |
| [ ]  | **Plan de medidas correctivas** | [ ]  | **Otros (sírvase especificar):** |  |  |

 |

DECLARACIÓN (autoridad nacional de confinamiento)

Declaramos que la información presentada en este formulario es completa y correcta, según nuestro leal saber y entender.

|  |  |
| --- | --- |
| Reconocido por: Nombre: Cargo:Fecha: | Testigo:Nombre: Cargo:Fecha:  |

|  |
| --- |
| **SOLICITUD TRAMITADA POR LA COMISIÓN MUNDIAL DE CERTIFICACIÓN DE LA ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS** |
| Nombre: | Dependencia: | Número telefónico y correo electrónico del contacto: |
| Fecha en que fue tramitada: | **Cumplido por la autoridad nacional de confinamiento**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Salvaguardas secundarias** | [ ]  | **Salvaguardas terciarias** |  |  |

 |
| Observaciones: |
| **Situación del examen: solicitud inicial, solicitud repetida, solicitud de prórroga**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Aceptada** | [ ]  | **Rechazada** | [ ]  | **Pendiente** |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Reconocido por:Nombre:Cargo:Fecha: | Testigo:Nombre:Cargo:Fecha:  |