CERTIFICACIÓN DEL CONFINAMIENTO DEL GAPIII

Formulario de solicitud

Fecha de la solicitud:

**Retención de (marque todas las que apliquen):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | WPV1 |  | VDPV1 | |  | monovalente OPV1 |  | **bivalente OPV (1 & 3)** |  | Sabin1 |
|  | WPV2 |  | VDPV2 | |  | monovalente OPV2 |  | **trivalente OPV (1, 2 & 3)** |  | Sabin2 |
|  | WPV3 |  | VDPV3 | |  | monovalente OPV3 |  |  |  | Sabin3 |
|  | Otro, favor especificar: | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:**

| **Número de 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: |