



Bogotá D. C., febrero 8 de 2018  
VP-005-2018

**Apreciado Cliente:**

ASUNTO: ENTREGA “TARJETAS DE IMPLANTE” DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES

En nuestra condición de “Empresa Suministradora” de dispositivos médicos implantables y de conformidad con lo establecido en el decreto 4725 de 2005 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, cordialmente les agradecemos ENTREGAR periódicamente (semanal o mensual) a nuestro representante médico o enviar directamente a nuestra oficina en Bogotá (Carrera 13 # 77 – 22 oficina 201), uno (1) de los ejemplares de la “tarjeta de implante” de los dispositivos médicos que hayan utilizado de nuestra compañía, bien sea lente intraocular o dispositivo Istent.

Modelo de la “tarjeta de implante” se adjunta a este comunicado, junto con el instructivo de diligenciamiento de la misma.

Para mayor información, favor contactar a nuestro representante médico, quien les podrá resolver cualquier inquietud sobre el manejo y diligenciamiento de la misma.

*“Decreto 4725 - Artículo 40. Dispositivos médicos implantables. Sin perjuicio de lo señalado en el presente decreto para los dispositivos médicos implantables, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán diligenciar la tarjeta de implante por triplicado, la cual deberá indicar como mínimo, lo siguiente:*

- a. Nombre y modelo del producto;*
- b. Número de lote o número de serie;*
- c. Nombre y dirección del fabricante;*
- d. Nombre de la institución donde se realizó la implantación y fecha de la misma;*
- e. Identificación del paciente (número de la cédula de ciudadanía, número de pasaporte), y será diligenciado por la IPS una vez implantado.*

*Parágrafo. Uno de los ejemplares permanecerá archivado en la historia clínica del paciente, otro será facilitado al mismo y otro será remitido a la empresa suministradora. En el caso de que se haya dispuesto un registro nacional de implantes, este último ejemplar o copia del mismo, se enviara al registro nacional por la empresa suministradora.”*

Agradecemos su atención a este comunicado y compromiso con la entrega oportuna y periódica de las “tarjetas de implante”,

Cordialmente,

**RONALD QUESTELL**  
Gerente General

**Firma recibido y aceptación de compromiso:**

\_\_\_\_\_  
Nombre:  
\_\_\_\_\_  
Fecha:  
\_\_\_\_\_  
Representante Legal – Gerente:  
\_\_\_\_\_  
Nombre institución:

\_\_\_\_\_  
Nombre:  
\_\_\_\_\_  
Fecha:  
\_\_\_\_\_  
Regulatorio Institución:  
\_\_\_\_\_  
Nombre institución

c. c. Consecutivo

## INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA TARJETA DE IMPLANTE (TRIPLETA) DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

Con el fin de facilitar el diligenciamiento de la tarjeta de implante por triplicado (Tripleta), relacionamos el instructivo de diligenciamiento, para cumplir con la aplicación del Decreto 4725 de 2005 y la Resolución 4816 de 2008. Reporte de la información relacionada con la trazabilidad de los Dispositivos Médicos implantables. A continuación, se presenta el siguiente instructivo con el respectivo modelo de tarjeta de implante:

 HIT: 900.505.356 CRA 13 NO. 77-22 DE 201, TEL: + (1) 212 4780 Cel: 313 4568009 BOGOTÁ - COLOMBIA		FV _____
<b>TARJETA DE IMPLANTE</b>		
<b>1.</b>	<b>Información Institución Médica</b>	
Nombre completo:	→	<b>a.</b>
Dirección:	→	<b>b.</b>
<b>2.</b>	<b>Información del Paciente</b>	
Fecha de cirugía:	→	<b>c.</b>
Ojo: <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecha	→	<b>d.</b>
Nombre completo:	→	<b>e.</b>
No. Identificación:	→	<b>f.</b>
<b>3.</b>	<b>Profesional Implante</b>	
Nombre completo:	→	<b>g.</b>
Tarjeta Profesional:	→	<b>h.</b>
<b>4.</b>	POR FAVOR COLOCAR STICKER DE DISPOSITIVO CONSUMIDO	
<b>i.</b>	Nombre genérico del dispositivo: _____	

**Cada Dispositivo Medico debe ser entregado con la tarjeta de implante por parte de Visión Partners SAS**

### INFORMACION DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Nombre completo: Indicar el nombre completo de la institución en la cual se realiza el implante.

Dirección: Indicar la dirección actual de la institución en la cual se realizó el implante.

### INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de la cirugía: Indicar la fecha exacta en la cual se le realizó la cirugía al paciente.

Ojo derecho / izquierdo: marcar con una "X" en el recuadro indicando el ojo en el cual se implanto el Dispositivo Medico.

Nombre completo: Indicar el nombre completo del paciente al cual se le realizó la cirugía.

Número de Identificación: Indicar el número de identificación del paciente al cual se le realizó la cirugía este número puede ser de cedula de ciudadanía o pasaporte.

### PROFESIONAL DEL IMPLANTE

Nombre Completo: Indicar el nombre completo del Profesional que realizó el implante del Dispositivo Medico

Tarjeta Profesional: Indicar el Numero de la Tarjeta Profesional.

Espacio indicado para Sticker del Dispositivo Medico implantado. (Cada Dispositivo Medico viene con una serie de Sticker para su respectivo manejo, uno de ellos es para la tarjeta de implante en relación.

Nombre Genérico del Dispositivo Médico: Allí debe indicar el nombre del Dispositivo Medico como figura en el Registro Sanitario.

**RECUERDE:** Actualizar en caso de cambio, los datos de las Instituciones y/o Profesionales ante Visión Partners SAS, con el propósito que la información diligenciada en la tarjeta de implante sea veraz.