HERRAMIENTAS **DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARA DISTRIBUIDORES GLOBALES**

**REUNIÓN, EVENTO O CAPACITACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **GUÍA DE LA PLANTILLA** | |
| **Tipo de comunicación** | **Invitar a un profesional de la salud a concurrir a una reunión, evento o capacitación** |
| **Plantillas** | Hay tres tipos de plantillas necesarias cuando se invita a un profesional de la salud a una reunión, evento o capacitación:   1. Aprobación: para obtener la aprobación dentro de su empresa 2. Invitación a profesional de la salud: para extender una invitación a un profesional de la salud 3. Notificación del empleador: para notificar al empleador del profesional de la salud (requisito que depende de las leyes, reglamentos o códigos de la industria locales) |
| **Destinatarios** | **Profesional de la salud y empleador del profesional de la salud** |
| **Proceso** | * Personalice las secciones resaltadas. No haga ningún otro cambio en la plantilla.   Asegúrese de eliminar estas instrucciones y completar los corchetes [ ] y lo resaltado antes de enviar.   * Adapte para reflejar las leyes locales y los códigos de la industria, según sea necesario. * Elimine cualquier sección que no se aplique específicamente a la Reunión, Evento o Capacitación. * Documente la aprobación interna para invitar a un profesional de la salud a una reunión, evento o capacitación utilizando el formulario de aprobación. * Envíe la Invitación al profesional de la salud que desea invitar a asistir a una Reunión, Evento o Capacitación. * Envíe la Notificación del Empleador al empleador del profesional de la salud y copie al profesional de la salud invitado a la Reunión, Evento o Capacitación (requisito que depende de las leyes, reglamentos   o códigos de la industria locales).   * Conserve una copia de los formularios completados para sus archivos. |

101

###### APROBACIÓN

HERRAMIENTAS **DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARA DISTRIBUIDORES GLOBALES**

HERRAMIENTAS **DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARA DISTRIBUIDORES GLOBALES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN** | | | |
| Cargo |  | Fechas |  |
| Ubicación y lugar |  | Costos del lugar  *(si corresponde)* |  |
| Descripción |  | | |
| **INFORMACIÓN DE LOS ASISTENTES** | | | |
| Profesionales de la salud asistentes | Lista de nombres y empleadores de los profesionales de la salud asistentes: | | |
| **GASTOS DE VIAJE** | | | |
| Total de los costos de viaje estimados del profesional de la salud | * Tarifa aérea: * Tarifa de tren: * Terrestre: | Total de los costos de viaje reales del profesional de la salud | * Tarifa aérea: * Tarifa de tren: * Terrestre: |
| Clase de viaje del profesional de la salud *(si no es en clase turista/económica)* | Para los profesionales de la salud que no viajen en clase turista/económica, indique el nombre del profesional y el motivo de la clase de viaje seleccionada: | | |
| **ALOJAMIENTO (SI CORRESPONDE)** | | | |
| Nombre del hotel |  | Ubicación del hotel |  |
| Total de los costos de hotel estimados |  | Total de los costos de hotel reales |  |
| Motivo de la selección del hotel |  | | |
| **COMIDAS** | | | |
| Total de los costos de comida estimados | * Cantidad de comidas por evento: * Precio por comida | Total de los costos de comida reales | * Cantidad de comidas por evento: * Precio por comida |
| **OTROS COSTOS** | | | |
| Total de los costos  estimados |  | Total de los costos  reales |  |
| **PROCESO DE APROBACIÓN** | | | |
| Envíe este formulario completo a | | | |
| **DOCUMENTACIÓN ADICIONAL** | | | |
| Incluya detalles del programa o agenda, etc. | | | |
| **CERTIFICACIÓN DE QUIEN COMPLETÓ EL FORMULARIO** | | | |
| Confirmo que la información proporcionada es verdadera y completa según mi leal saber y entender después de una investigación razonable.  Firma: Fecha: | | | |
| **CERTIFICACIÓN DEL REVISOR (CEO/CFO/CCO/ETC.)** | | | |
| Apruebo el apoyo que se está proporcionando a los profesionales de la salud enumerados:  Firma: Fecha: | | | |

102

###### INVITACIÓN A PROFESIONAL DE LA SALUD

Estimado

se complace en invitarlo a asistir a

Esta es relevante para su área de experiencia médica y proporcionará Sírvase encontrar adjunta la agenda para más detalles.

Esta invitación no se extiende a cambio del uso, recomendación, prescripción o influencia en el uso de los productos de ni con respecto al valor o al volumen de los negocios generados entre las partes. Conforme al Código de Conducta de no ofrecemos nada de valor.

Esperamos que encuentre esta informativa y útil. Si desea más detalles relacionados con nuestra invitación, sírvase comunicarse con

Atentamente,

cc:

103

**NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR**

Estimado

ha invitado a a asistir a

Esta proporcionará

Sírvase encontrar adjunta la agenda para más detalles.

Esta invitación no se extiende a cambio del uso, recomendación, prescripción o influencia en el uso de los productos de ni con respecto al valor o al volumen de los negocios generados entre las partes.

Conforme al Código de Conducta de no ofrecemos nada de valor.

Proporcionaremos lo siguiente:

* Comidas y refrescos razonables durante la
* Transporte hacia y desde la
* Alojamiento razonable desde

**Si aprueba esta actividad**, no se requiere ninguna acción. Si no recibimos una respuesta suya, asumiremos que aprueba nuestra oferta de invitar a

a

**Si no aprueba esta actividad**, le solicitamos que se comunique con manifestando su desaprobación. Agradeceremos su respuesta antes del

Atentamente,

cc:

104

**HOJA DE REGISTRO DE PROFESIONALES DE LA SALUD**

**Fecha**

**La ubicación**

**Nombre del instructor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **PUESTO** | **CORREO ELECTRÓNICO** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

105