



# Inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia - RNFv

Grupo de Farmacovigilancia

## Red Nacional de Farmacovigilancia – RNFv

### ¿Qué es la Red Nacional de Farmacovigilancia?

La red nacional de Farmacovigilancia es el conjunto de personas e instituciones que mantienen contacto entre sí a través de reportes de eventos adversos, comunicaciones e información relacionada con problemas de seguridad o uso correcto de medicamentos. La red incorpora personas o instituciones que han establecido contactos permanentes con el programa de Farmacovigilancia del INVIMA.

### ¿Por qué la Red nacional de Farmacovigilancia?

La red nacional de Farmacovigilancia es una respuesta a la necesidad de intercambiar y transferir información, conocimientos y experiencias que generen capacidad, autonomía y poder social en la gestión del riesgo de aparición de eventos adversos u otros problemas relacionados con medicamentos.

## Objetivos de la Red Nacional de Farmacovigilancia

### Objetivo General:

- Configurar un sistema nacional de Farmacovigilancia mediante el fortalecimiento de los programas regionales, locales e institucionales.

### Objetivos Específicos:

- Establecer el perfil de seguridad y del uso de los medicamentos comercializados en Colombia.
- Proponer estrategias para prevenir la aparición eventos adversos y problemas relacionados con el uso de medicamentos.
- Establecer mecanismos para promover la construcción de una cultura del uso adecuado y seguro de los medicamentos.
- Desarrollar un esquema de gestión del riesgo de los problemas de seguridad y uso inadecuado de medicamentos.
- Apoyar el análisis individual y colectivo de los eventos reportados.
- Promover y liderar la realización de investigaciones farmacoepidemiológicas.

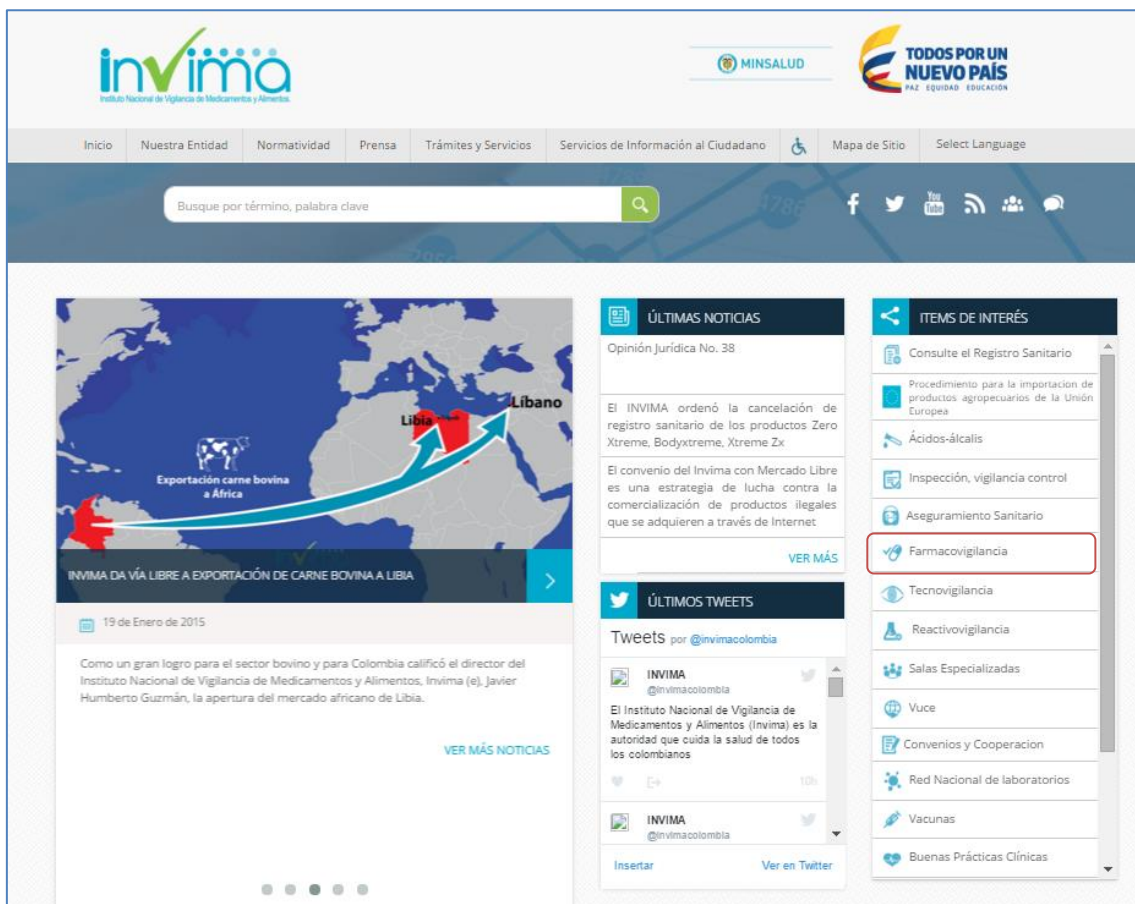
# Inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia

## 1. Ingresar al sitio web del Invima:

Ingresa al portal del Instituto Nacional de vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA a través del siguiente enlace [www.invima.gov.co](http://www.invima.gov.co).

## 2. Ingresar al Programa Nacional de Farmacovigilancia

Ir al Programa Nacional de Farmacovigilancia, ingresando a la página Web del Invima y oprimiendo el icono de Farmacovigilancia en la parte derecha:



The image shows a screenshot of the INVIMA website. At the top, there are logos for INVIMA, MINSALUD, and 'TODOS POR UN NUEVO PAÍS'. Below the logos is a navigation menu with items like 'Inicio', 'Nuestra Entidad', 'Normatividad', 'Prensa', 'Trámites y Servicios', 'Servicios de Información al Ciudadano', 'Mapa de Sitio', and 'Select Language'. A search bar is located below the menu. The main content area features a map titled 'Exportación carne bovina a África' with arrows pointing from Africa to Libya and Lebanon. Below the map is a news article dated '19 de Enero de 2015' about the opening of the African market for Libya. To the right, there are three sections: 'ÚLTIMAS NOTICIAS' with a link to 'Opinión Jurídica No. 38', 'ÚLTIMOS TWEETS' showing tweets from @invimacolombia, and 'ITEMS DE INTERÉS' which lists various services. The 'Farmacovigilancia' item in the 'ITEMS DE INTERÉS' list is highlighted with a red box.

Figura 1. Página Web Invima acceso al Programa Farmacovigilancia

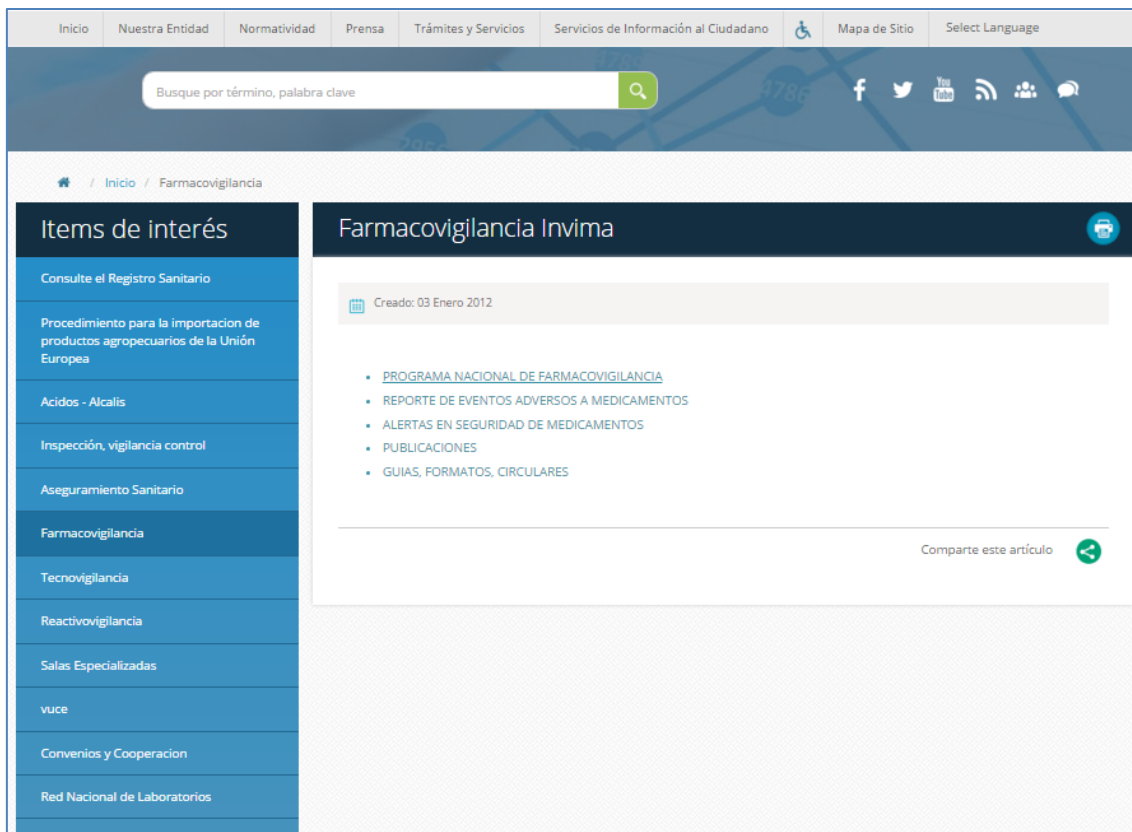


Figura 2. Desde la Web Entrada a Farmacovigilancia

Oprima el icono: [PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA](#)

### 3. Ingresar a la inscripción en línea a la Red Nacional de Farmacovigilancia





Figura 3. Inscripción a la red Nacional de Farmacovigilancia

#### 4. Registrarse

Oprima Click sobre **Inscripción** el sistema muestra el formulario en pantalla diligéncielo de acuerdo a la solicitud en cada campo.

El sistema muestra Un formulario para ser diligenciado, tres partes:

- Información de la entidad
- Información del Responsable de Farmacovigilancia
- Información de acceso



**PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA**  
**FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE MEDICAMENTOS**  
**FOREAM**

Información de la entidad			
Tipo de identificación:	Seleccione...	No. Documento:	Principal ó Sucursal/Sede: Principal(Sede 1)
Naturaleza Jurídica:	Seleccione...	Razón Social / Nombre Establecimiento:	
Nivel de complejidad:	Seleccione...	Modalidad de inscripción:	Seleccione...
Dirección de la entidad:		País:	COLOMBIA
Departamento:	Seleccione Departamento	Ciudad:	BOGOTA
Código Postal:		Teléfono:	
Extensión:		Fax:	
Correo Institucional:		Página web:	
Nombre del representante legal:		Correo del representante legal:	

Información del responsable de Farmacovigilancia			
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Tipo de identificación:	Seleccione...	Número de identificación:	
Profesión del área de la salud :		Cargo:	
Tarjeta profesional:		Expedida por:	
Teléfono fijo o PBX:		Extensión:	
Celular:		Correo del responsable de farmacovigilancia:	
Fax:			

Información de Acceso	
Usuario	
Clave	
Digite nuevamente su clave	
Pregunta	
Respuesta	

Para la clave se requieren mínimo 8 caracteres y máximo 30. Tenga en cuenta mayúsculas y minúsculas. Digite una pregunta y su correspondiente respuesta. En caso de olvido de clave estas le serán pedidas para obtener una nueva clave.

Figura 4. Registrarse al Programa Nacional de Farmacovigilancia

#### 4.1 Información de la Entidad: Diligenciar los campos requeridos

Información de la entidad			
Tipo de identificación:	CC	No. Documento:	90909090
Naturaleza Jurídica:	Mixta	Razón Social / Nombre Establecimiento:	
Nivel de complejidad:	Seleccione...	Modalidad de inscripción:	Seleccione...
Dirección de la entidad:		País:	COLOMBIA
Departamento:	Seleccione Departamento	Ciudad:	Seleccione Ciudad
Código Postal:		Teléfono:	
Extensión:		Fax:	
Correo Institucional:		Página web:	
Nombre del representante legal:		Correo del representante legal:	

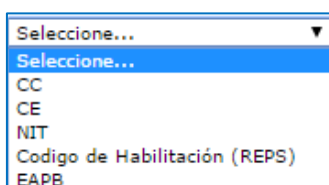
Figura 5. Inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia Información de la entidad

**Tipo de identificación:** Seleccione el tipo de identificación de la entidad a través de la cual se realiza la inscripción:

Si usted es prestador (Profesional independiente, IPS, transporte especial de pacientes, objeto social diferente a la prestación de servicios de salud) seleccione el código REPS.

Si usted es titular de registro, laboratorio farmacéutico o establecimiento farmacéutico minorista o hace parte de una entidad territorial de salud, seleccione el NIT.

Si usted no cuenta con NIT ni con código REPS, seleccione cédula de ciudadanía o extranjera.

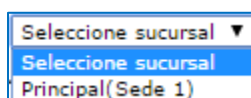


**Número de documento:** Si usted es prestador (Profesional independiente, IPS, transporte especial de pacientes, objeto social diferente a la prestación de servicios de salud) seleccione el código REPS.

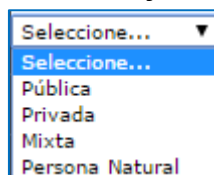
Si usted es Titular de registro, laboratorio farmacéutico o establecimiento farmacéutico minorista o hacer parte de una entidad territorial de salud, digite el NIT sin guion ni número de verificación.

Si usted no cuenta con NIT ni código REPS, digite cédula de ciudadanía o extranjera.

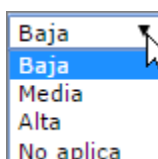
**Principal o Sucursal/Sede:** Tenga presente si su entidad cuenta con sucursales o sedes, se debe inscribir previamente la seda principal.



**Naturaleza jurídica:** Seleccione la naturaleza jurídica de la institución.



**Nivel de complejidad:** Seleccione el nivel de complejidad si usted es una institución prestadora de servicios de salud, de lo contrario seleccione la opción No aplica



**Modalidad de inscripción:** Seleccione la modalidad de inscripción de la institución

- Ente Territorial de Salud (Institutos o secretarías)
- Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)
- Profesional Independiente
- Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB)
- Transporte Especial de Pacientes
- Entidad con Objeto Social Diferente
- Establecimiento Farmacéutico Minorista (Farmacia - Droguería, Droguería)
- Titular del Registro Sanitario
- Laboratorio Farmacéutico
- Establecimientos Fabricantes
- Operador logístico
- Establecimiento farmacéutico
- EPS Contributivo
- EPS Subsidiado
- ARL

**Departamento:** Seleccione el departamento o distrito (Bogotá, Barranquilla, Cartagena, Santa Marta o Buenaventura) en el cual se encuentra ubicado.

- DISTRITO BARRANQUILLA
- Seleccione Departamento
- AMAZONAS
- ANTIOQUIA
- ARAUCA
- ATLANTICO
- DISTRITO BARRANQUILLA
- BOGOTA D.C.
- BOLIVAR
- BOYACA
- DISTRITO BUENAVENTURA
- CALDAS
- DISTRITO CARTAGENA
- CAQUETA
- CASANARE
- CAUCA
- CESAR
- CHOCO
- CORDOBA
- CUNDINAMARCA

**4.2 Información del Responsable de Farmacovigilancia:** Diligenciar los campos requeridos

Información del responsable de Farmacovigilancia			
Primer Nombre:	<input type="text"/>	Segundo Nombre:	<input type="text"/>
Primer Apellido:	<input type="text"/>	Segundo Apellido:	<input type="text"/>
Tipo de identificación:	Seleccione... ▼	Número de identificación:	<input type="text"/>
Profesión del área de la salud :	<input type="text"/>	Cargo:	<input type="text"/>
Tarjeta profesional:	<input type="text"/>	Expedida por:	<input type="text"/>
Teléfono fijo o PBX:	<input type="text"/>	Extensión:	<input type="text"/>
Celular:	<input type="text"/>	Correo del responsable de farmacovigilancia:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>		

Figura 6. Inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia información del responsable

**Nombres y apellidos:** Digite sus nombres y apellidos completos

**Tipo de identificación:** Selecciones su tipo de identificación

**Número de identificación:** Digite su número de identificación en la casilla correspondiente.

**Profesión del área de la salud:** Tenga en cuenta que la persona que realiza la inscripción debe ser un trabajador del área de la salud, de lo contrario se invalidará la inscripción.

**Cargo:** Digite su cargo en la institución.

**Tarjeta profesional:** Digite el número de la tarjeta profesional otorgada por la entidad correspondiente.

**Expedida por:** Indique la entidad que otorgo la tarjeta profesional.

**Teléfono fijo o PBX:** Digite su teléfono fijo o PBX y la extensión si cuenta con ella.

**Celular:** Digite el número de su teléfono celular.

**Correo del responsable de Farmacovigilancia:** Preferiblemente el correo institucional.

**Fax:** Digite su número de Fax si cuenta con el.

#### 4.3 Información de Acceso: Diligenciar los campos requeridos

Información de Acceso	
Usuario	<input type="text"/>
Clave	<input type="text"/>
Digite nuevamente su clave	<input type="text"/>
Pregunta	<input type="text"/>
Respuesta	<input type="text"/>

Para la clave se requieren mínimo 8 caracteres y máximo 30. Tenga en cuenta mayúsculas y minúsculas. Digite una pregunta y su correspondiente respuesta. En caso de olvido de clave estas le serán pedidas para obtener una nueva clave.

Señor(a) Usuario(a): Tenga en cuenta que este aplicativo funciona en los siguientes exploradores: Internet Explorer (versión 11 o superiores) y Google Chrome. Por favor reportar cualquier inquietud al correo electrónico [invimafv@invima.gov.co](mailto:invimafv@invima.gov.co).

[Registrar](#) [Limpiar](#)

Figura 7. Inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia parte 3

**Usuario:** Su usuario debe ser mínimo de 5 caracteres y máximo de 30. Solo letras y números.

**Clave:** Su clave debe ser mínimo de 8 caracteres y máximo de 30. Solo letras y números. Tenga en cuenta mayúscula y minúscula

**Pregunta y respuesta:** Digite una pregunta y su correspondiente respuesta. En caso de olvido de clave estas le serán solicitadas para obtener una nueva

Una vez creado el usuario el sistema le informa en la misma pantalla:



Cordial Saludo

El Grupo de Programas Especiales - Farmacovigilancia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, confirma la inscripción o actualización en la Red Nacional de Farmacovigilancia, con los siguientes datos:

Entidad: CENTRO DE PRUEBAS sx  
No. Documento de la Entidad: 1598753-SUC1  
Nombre del referente de Farmacovigilancia: CENTRO  
Código de inscripción: PNF 118  
Usuario: Centro02  
Password: 12345678  
Rol: Administrador  
Fecha admisión: 2016/03/31

Para el INVIMA y el país es muy importante contar con su participación en el Programa Nacional de Farmacovigilancia, por medio de la gestión y comunicación de información relacionada con seguridad en el uso de medicamentos. Lo(a) invitamos a notificar oportunamente, promover y gestionar prácticas de uso seguro de los mismos.

Cordialmente,

GRUPO DE PROGRAMAS ESPECIALES FARMACOVIGILANCIA  
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos  
Carrera 68 D No. 17-11  
Tel: (57-1) 2948700 extensión 3916  
Bogotá, Colombia

Figura 8. Figura Informativa de Usuario inscrito

De la Figura anterior Oprima [Ingresar al sistema de Vigilancia SivicoS](#) para entrar al Programa Nacional de Farmacovigilancia:



Programa Nacional de Farmacovigilancia

Bienvenido al Sistema de Vigilancia Sanitaria del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, a través de esta opción usted podrá realizar el reporte en línea de eventos adversos asociados al uso de medicamentos.

- Recibirá un correo electrónico confirmando el proceso y la información sobre el reporte realizado.

Usuario: reportefv  
Clave: \*\*\*\*\*

Ingresar Restablecer

[Registrarse](#) [Olvidó su clave?](#)

**INSTRUCCIONES PARA ACCEDER A FARMACOVIGILANCIA**

- Ingrese su usuario y clave, si ya está registrado en la Red Nacional de Farmacovigilancia
- Si no está registrado, hacer click en "Registrarse" y diligenciar el formulario de inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia.
- Seleccione del menú la opción requerida.
- Señor(a) Usuario(a): Tenga en cuenta que este aplicativo funciona en los siguientes exploradores: Internet Explorer (versión 11 o superiores) y Google Chrome. Por favor reportar cualquier inquietud al correo electrónico [invimafv@invima.gov.co](mailto:invimafv@invima.gov.co).

Todos los derechos reservados © INVIMA, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

Figura 9. Entrada Inicial Programa Farmacovigilancia

En el momento en el que el sistema aprueba la inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia, envía un mensaje al correo electrónico registrado en el momento de la inscripción.

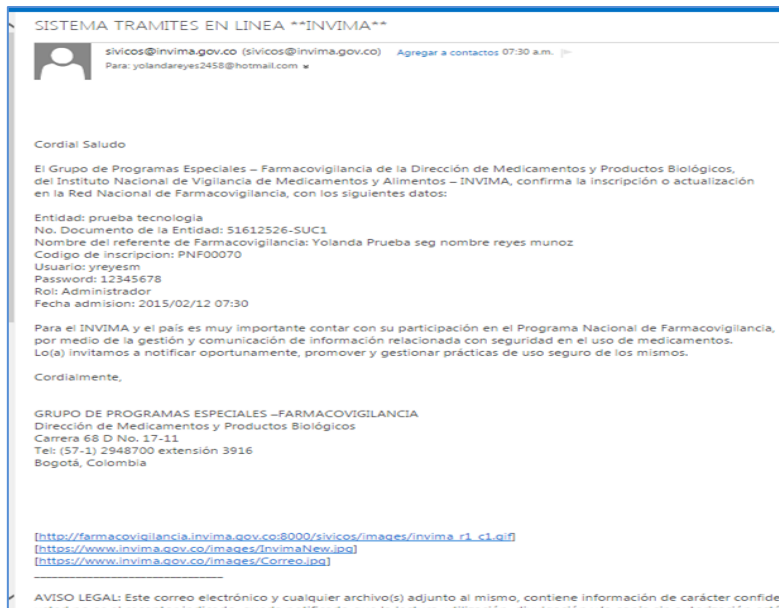


Figura 10. Mensaje recibido por inscrito en el sistema Farmacovigilancia

## 5. Olvido su clave

Si un usuario olvido la contraseña oprima **Buscar**, el sistema le solicita la información en la siguiente Figura, digítela y oprima **Enviar**. El sistema le envía a su correo adjunto la información solicitada:

Ingrese la información que se le solicita como medio de confirmación.

Usuario\* pruebaita

Usuario*	pruebaita
Email*	yolandareyes2458@hotmail.com
Pregunta*	mama
Respuesta*	luisa

Recuerde tener en cuenta mayúsculas y minúsculas.

El sistema le informa en la pantalla:

Usuario\* pruebaita

El password del usuario pruebaita ha sido enviado a yolandareyes2458@hotmail.com ,puede consultar su correo para obtenerlo

[Ingresar a SivicoS](#)

Si oprime [Ingresar a SivicoS](#), el sistema le envía y muestra la pantalla principal de inicio:



PROGRAMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA  
FORMATO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE MEDICAMENTOS  
FOREAM



Bienvenido al Sistema de Vigilancia Sanitaria del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, a través de esta opción usted podrá realizar el reporte en línea de eventos adversos asociados al uso de medicamentos.

- Recibirá un correo electrónico confirmando el proceso y la información sobre el reporte realizado.

Usuario	<input type="text"/>
Clave	<input type="password"/>
<input type="button" value="Ingresar"/>	<input type="button" value="Restablecer"/>

[Regístrase](#)

[Olvidó su clave?](#)

**INSTRUCCIONES PARA ACCEDER A FARMACOVIGILANCIA**

- Ingrese su usuario y clave, si ya está registrado en la Red Nacional de Farmacovigilancia
- Si no está registrado, hacer click en "Regístrase" y diligenciar el formulario de inscripción a la Red Nacional de Farmacovigilancia.
- Seleccione del menú la opción requerida.
- Señor(a) Usuario(a): Tenga en cuenta que este aplicativo funciona en los siguientes exploradores: Internet Explorer (versión 11 o superiores) y Google Chrome. Por favor reportar cualquier inquietud al correo electrónico [invimafv@invima.gov.co](mailto:invimafv@invima.gov.co).

Todos los derechos reservados © INVIMA, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

Figura 9. Entrada Inicial al Formato de Reporte de Eventos Adversos asociados al uso de Medicamentos - FOREAM