



**INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ANDIM/040**  
Inscripción de Empresas Fabricantes, Importadoras o Distribuidoras de  
Dispositivos Médicos a la Red Nacional de Tecnovigilancia

**PRESTACIÓN CÓDIGO 9500000**

Versión: 0  
Actualización:  
17-11-2025  
Página 1 de 2

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA SOLICITANTE**

**1.1 Razón social**

Indicar la razón social de la empresa que solicita el trámite.

**1.2 Nombre de fantasía**

Indicar el nombre de fantasía de la empresa que solicita el trámite.

**1.3 RUT**

Indicar el número de RUT de la empresa que solicita el trámite.

**1.4 Dirección**

Indicar la dirección de la empresa que solicita el trámite, especificando Calle, Número, Comuna, Ciudad.

**1.5 Región**

Indicar la Región en donde se encuentra ubicada la empresa que solicita el trámite.

**1.6 Teléfono**

Indicar el número de teléfono fijo de la empresa que solicita el trámite.

**1.7 Correo electrónico**

Indicar la dirección de correo electrónico de la empresa que solicita el trámite.

**1.8 Página web:**

Indicar la página web de la empresa que solicita el trámite, si dispone.

**1.9 N° y fecha de inscripción de la empresa solicitante en el Instituto de Salud Pública**

Indicar el N° y fecha de inscripción de la empresa que solicita el trámite, como establecimiento fabricante, exportador, importador y/o distribuidor de dispositivos médicos, señalado en la correspondiente Resolución emitida por el ISP.

**2. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**2.1 Nombre completo**

Indicar el nombre completo del representante legal de la empresa que solicita el trámite.

**2.2 RUN**

Indicar el número de RUN del representante legal de la empresa que solicita el trámite.

**2.3 Teléfono**

Indicar el número de teléfono del representante legal de la empresa que solicita el trámite.

**2.4 Correo electrónico**

Indicar la dirección de correo electrónico de la empresa que solicita el trámite.

**3. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA DE LA EMPRESA SOLICITANTE:**

- 3.1 Nombre completo**  
Indicar el nombre completo del profesional Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 3.2 RUN**  
Indicar el número de RUN (sin puntos, con guion y dígito verificador) del profesional Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 3.3 Profesión**  
Indicar la profesión del profesional Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 3.4 Teléfono**  
Indicar el número de teléfono fijo y/o móvil del profesional Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 3.5 Correo electrónico**  
Indicar la dirección de correo electrónico del profesional Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.

**4. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL SUBROGANTE DE RESPONSABLE DE TECNOVIGILANCIA DE LA EMPRESA SOLICITANTE:**

- 4.1 Nombre completo**  
Indicar el nombre completo del profesional Subrogante de Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 4.2 RUN**  
Indicar el número de RUN (sin puntos, con guion y dígito verificador) del profesional Subrogante de Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 4.3 Profesión**  
Indicar la profesión del profesional Subrogante de Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 4.4 Teléfono**  
Indicar el número de teléfono fijo y/o móvil del profesional Subrogante de Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.
- 4.5 Correo electrónico**  
Indicar la dirección de correo electrónico del profesional Subrogante de Responsable de Tecnovigilancia de la empresa que solicita el trámite.