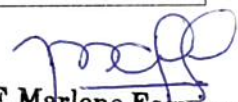


# **INFORME EJECUTIVO DE REALIZACIÓN DE VIAJES AL EXTERIOR**

| 1- Datos del Evento               |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                 | Denominación                                                                                 | Visita Técnica al Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba                                                                                                                                                                                              |
| 2                                 | Organización                                                                                 | Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba                                                                                                                                                                                                                |
| 3                                 | Objetivo                                                                                     | - Conocer el proceso de producción y control, in situ, realizado a los productos derivados de la sangre para la obtención de medicamentos biológicos hemoderivados.<br>- Aplicar los conocimientos adquiridos al momento de la evaluación de expedientes para registro sanitario. |
| 4                                 | Fecha de realización                                                                         | 23 y 24 de abril                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5                                 | Lugar (ciudad/país)                                                                          | Córdoba/Argentina                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 6                                 | Lugar de hospedaje                                                                           | A confirmar                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2- Datos de la persona autorizada |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 1                                 | Nombres y Apellidos                                                                          | Marlene Beatriz Esquivel Rodríguez                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2                                 | Cédula de Identidad Civil N°                                                                 | 1.465.309                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3                                 | Cargo                                                                                        | Encargada                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4                                 | Entidad/Dependencia donde presta servicios (Dirección/Departamento)                          | DINAVISA – Dirección General de Evaluación y Registros Sanitarios/Dirección de Medicamentos/ Departamento de Medicamentos Biológicos                                                                                                                                              |
| 3- Costos                         |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 1                                 | Fecha de salida y Fecha de retorno                                                           | A confirmar                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2                                 | Costo de Pasaje                                                                              | Por cuenta de DINAVISA                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                   | Costo de Viático                                                                             | Por cuenta de DINAVISA                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4                                 | Costo de refuerzo de viático                                                                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5                                 | Costo total del viaje                                                                        | A determinar por DINAVISA                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4- Pertinencia                    |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 1                                 | Correspondencia entre el objetivo del evento y las funciones desempeñadas por el solicitante | Si, debido a las funciones realizadas para la aprobación del registro sanitario de hemoderivados en el país                                                                                                                                                                       |
| 2                                 | Carácter de la participación (p. ej.: expositor)                                             | Participante/Visitante                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3                                 | Resolución que autoriza el viaje                                                             | Resolución DINAVISA N°088/2024                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5- Información Complementaria     |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                   |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

  
**Q.F. Marlene Esquivel:**  
 Medicamentos Biológicos  
 DGERS - DINAVISA