



HERRAMIENTAS DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARA DISTRIBUIDORES GLOBALES

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS

NOTA:

Se necesita toda la siguiente información para los gastos razonables y legítimos de comidas/entretenimiento (tenga en cuenta que el entretenimiento está prohibido para reuniones/eventos/actividades en relación con los profesionales de la salud/funcionarios públicos/organizaciones de atención de la salud/instituciones gubernamentales):

1. Fecha
2. Nombre de los invitados (tenga en cuenta que para las reuniones/eventos/actividades con profesionales de la salud/funcionarios públicos está prohibido facilitar, organizar o pagar por los invitados)
3. Cargo del invitado
4. Nombre de la compañía del invitado
5. Tipo de gasto, es decir, cena, almuerzo, etc.
6. Nombre del lugar
7. Ciudad
8. Justificación/propósito comercial, es decir, los temas tratados
9. Cantidades: se deben adjuntar todos los recibos detallados.

Tenga en cuenta que se deben considerar las leyes, reglamentos y códigos de mejores prácticas de la industria locales y regionales al interactuar con los profesionales de la salud/funcionarios públicos/organizaciones de atención de la salud/instituciones gubernamentales.

Nombre y apellido del empleado:

Fecha:

Firma del empleado	Fecha	Nombre y apellido en letras de molde
Firma del gerente	Fecha	Nombre y apellido en letras de molde
Firma de finanzas	Fecha	Nombre y apellido en letras de molde

Total del reembolso solicitado: _____



HERRAMIENTAS DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARA DISTRIBUIDORES GLOBALES

Elemento #	Fecha	Tipo de gasto	Cantidad	¿Gasto relacionado con PS/FP? Sí/No	Cantidad de asistentes de la empresa	Nombre de los asistentes de la empresa	Cargo de los asistentes de la empresa	Cantidad de asistentes PS/FP	Nombres y apellidos, cargos, nombre del hospital de los PS/FP	¿Algún otro asistente? Sí/No	Si la respuesta es positiva, indicar nombre y apellido, cargo, institución/compañía
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											



HERRAMIENTAS DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO PARA DISTRIBUIDORES GLOBALES

Elemento #	Fecha	Tipo de gasto	Cantidad	¿Gasto relacionado con PS/FP? Sí/No	Cantidad de asistentes de la empresa	Nombre de los asistentes de la empresa	Cargo de los asistentes de la empresa	Cantidad de asistentes PS/FP	Nombres y apellidos, cargos, nombre del hospital de los PS/FP	¿Algún otro asistente? Sí/No	Si la respuesta es positiva, indicar nombre y apellido, cargo, institución/compañía
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											