

**COMUNICACIÓN DE  
ENCARGO DE SERVICIO DE:**

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

a) FABRICACIÓN b) FABRICACIÓN POR ETAPAS (\*)  
(FABRICACION, ENVASADO, ACONDICIONADO) d) REACONDICIONADO d) FRACCIONAMIENTO (En caso de droguerías) **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)**CATEGORÍA: LABORATORIO  DROGUERÍA 1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:  N°. REGISTRO DE EF 2. NOMBRE COMERCIAL: 3. RAZON SOCIAL: 4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:  
APELLIDOS:  NOMBRES: **5. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado ante DIGEMID):**5a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.: 5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.: 5c. DISTRITO:  5d. PROV.:  5e. DPTO.: 5f. Correo Electronico:  5g. Telefono: **6. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**APELLIDOS:  NOMBRES: C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF: **7. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO QUE BRINDA EL SERVICIO DE FABRICACIÓN O REACONDICIONADO O FRACCIONAMIENTO.**

(\*) En caso de FABRICACIÓN POR ETAPAS precisar la información de los laboratorios involucrados en hoja adjunta.

7.1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: 7.2. RAZÓN SOCIAL: **7.3. DIRECCIÓN DE LA PLANTA DE MANUFACTURA (Según lo autorizado ante DIGEMID o Certificado BPM):**7.3a. Calle/Jiron/Avenida:  N°:  INT.: 7.3b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.: 7.3c. DISTRITO:  7.3d. PROVINCIA: 7.3e. DPTO.:  7.3f. PAIS:



7.4. CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA OTORGADO POR DIGEMID: SI

N°

NO

De no contar con el certificado de buenas prácticas antes señalado, adjuntar copia simple del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura de los países de alta vigilancia sanitaria o de los países con los cuales exista reconocimiento mutuo, o de acuerdo al tipo de producto o dispositivo documentos equivalentes a los certificados, emitidos por la autoridad competente del país de origen.

7.5. DE LA RELACIÓN DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS: Adjuntar listado de productos, según la siguiente plantilla:

Para el caso de productos farmacéuticos:

Nombre del Producto Farmacéutico	DCI	Concentración	Forma Farmacéutica

Para el caso de productos sanitarios y dispositivos médicos:

Nombre del dispositivo médico	Clasificación

Para el caso de productos cosméticos:

Nombre del producto cosmético	forma cosmética

Para el caso de productos Sanitarios:

Nombre del producto sanitario	Clasificación

Para el caso de REACONDICIONADO O FRACCIONAMIENTO además de lo antes indicado deberá detallar el servicio de reacondicionado o fraccionamiento a realizar, según lo previsto en la normativa sanitaria vigente.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DIGNO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal  
y Sello del Establecimiento Farmacéutico