

MINISTERIO DE SALUDDIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS
INSUMOS Y DROGAS
DIRECCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA PARA LA**

Inscripción en el Registro Sanitario de Gases Medicinales que presenten igual forma física, cantidad de Ingrediente(s) Farmacéutico(s) activo(s) – IFA(s) o asociaciones, vía de administración, envase inmediato y se trata del mismo gas medicinal aprobado en un País de Alta Vigilancia Sanitaria - (TUPA: 228)

N° DE EXPEDIENTE

FECHA

CODIGO DE TRAMITE:

Artículo 136 del TUO de la Ley N° 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, determina un plazo máximo de dos días hábiles para completar la documentación faltante

SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE DIGEMID

PARTE I. DATOS DEL SOLICITANTE

1. CATEGORIA DE LA EMPRESA		<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> DROGUERIA		
2. RAZON SOCIAL		3. NOMBRE COMERCIAL			
4. DIRECCIÓN: AV./Calle/Jr.		5. N°	6. R.U.C. N°		
7. URBANIZACION		8. DISTRITO		9. PROVINCIA	
10. DEPARTAMENTO	11. TELÉFONO	12. CORREO ELECTRÓNICO			
13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		14. TELEFONO N°		15. CORREO ELECTRÓNICO	
16. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO			17. N° COLEGIATURA		18. TELEFONO N°

PARTE II . INFORMACION DEL GAS MEDICINAL

1. PAIS DE ALTA VIGILANCIA SANITARIA:					
2. NOMBRE DEL PRODUCTO		3. CONCENTRACIÓN		4. FORMA FISICA	
5. ORIGEN DE FABRICACIÓN DEL PRODUCTO			6. CONDICION DE VENTA		
NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>					
7. GRUPO TERAPÉUTICO SEGÚN ATC				8. VIA DE ADMINISTRACION:	
9. REFERENCIA PARA LA INFORMACIÓN DE LA FICHA TECNICA E INSERTO					
<input type="checkbox"/> PAIS DE ALTA VIGILANCIA SANITARIA (CONSIGNAR EL PAÍS) <input type="text"/>					
10. FÓRMULA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DEL PRODUCTO TERMINADO (Declarado según expresión, cantidad y unidad de medida señalada en el Anexo N° 02 del D.S. N° 016-2011-SA)					
A. INGREDIENTE(S) FARMACÉUTICO(S) ACTIVO(S)*					
NOMBRE	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	SUSTENTO (FARMACOPEA** O PROPIO)		
			ESPECIF. TECNICAS T. ANALITICA		
_____	_____	_____	_____ _____		
_____	_____	_____	_____ _____		
* Si el ingrediente farmaceutico activo-IFA se encuentra bajo la forma de sal o hidrato, pero es farmacológicamente activo como base, ácido o anhidro, debe expresarse la cantidad de ambos.					
ADJUNTO HOJA ADICIONAL :			SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

B. EXCIPIENTES

NOMBRE	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	SUSTENTO (FARMACOPEA** O PROPIO)	
_____	_____	_____	ESPECIF. TECNICAS	T. ANALITICA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
ADJUNTO HOJA ADICIONAL :			SI	<input type="checkbox"/>
			NO	<input type="checkbox"/>

C. PRODUCTO TERMINADO

SUSTENTO (FARMACOPEA** O PROPIO)	
ESPECIF. TECNICAS	T. ANALITICA
_____	_____
_____	_____

NOTA:

SI LA TECNICA ANALITICA DIFIERE O NO SE ENCUENTRE EN NINGUNA DE LA FARMACOPEAS DE REFERENCIA, PRESENTAR DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA VALIDACION DE LAS TECNICAS ANALITICAS PROPIAS

11. ENVASE INMEDIATO DEL PRODUCTO

A. ENVASE INMEDIATO:

TIPO	MATERIAL	COLOR	SUSTENTO (FARMACOPEA** O PROPIO)
_____	_____	_____	ESPECIFICACIONES TECNICAS
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OJO: DETALLAR TIPO Y MATERIAL DE LOS ACCESORIOS, SI CORRESPONDE.

() FUENTE DE REFERENCIA**

Farmacopeas de referencia vigentes

- | | |
|--|-------------------------------|
| FARM. DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (USP) | FARM. EUROPEA (Unión Europea) |
| FARM. OMS | FARM. JAPONESA |
| FARM. BRITANICA | FARM. BELGA |
| FARM. ALEMANA | FARM. HELVETICA |
| FARM. COREANA (KP) | |

12. UNIDAD DE TIEMPO DE VIDA UTIL

Año Mes

13. TIEMPO DE VIDA ÚTIL

14. FORMA DE PRESENTACIÓN

15. SISTEMA DE CODIFICACION (PARA PRODUCTOS IMPORTADOS)

PARTE III. INFORMACION DEL FABRICANTE

1. RAZON SOCIAL		2. NOMBRE COMERCIAL		3. N° DE RUC	
4. DIRECCIÓN Av./Calle/Jr.			5. N°		6. TELEFONO N°
7. URBANIZACION		8. PROVINCIA		9. DEPARTAMENTO	
10. PAIS					

11. MEDICAMENTO ACONDICIONADO

SI NO

RAZÓN SOCIAL DEL LABORATORIO ACONDICIONANTE:

PAÍS:

DIRECCIÓN:

12. MEDICAMENTO REACONDICIONADO

SI

NO

RAZÓN SOCIAL DEL LABORATORIO REACONDICIONANTE:

PAÍS:

13. PRODUCTO ENVASADO POR OTRA EMPRESA:

SI

NO

RAZÓN SOCIAL DEL LABORATORIO ENVASADOR:

PAÍS:

DIRECCIÓN:

14. FABRICACIÓN POR ENCARGO

SI

NO

FABRICACIÓN PARA:

N° DE EXPEDIENTE PRESENTADO A LA DIRECCION DE INSPECCION Y CERTIFICACION:

NUMERO Y FECHA DE RESOLUCION DIRECTORAL:

15. FABRICACION BAJO LICENCIA DE :

16. NUMERO DE CERTIFICADO DE BPM EMITIDO POR LA ANM:

DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA PARA EL REGISTRO SANITARIO

1. Copia del Documento que contenga las especificaciones técnicas según lo dispuesto en el numeral 26 del anexo 01 del D.S 016-2011-SA y sus modificatorias; y técnica analítica del producto terminado. Se exceptúa de la presentación de la técnica analítica, cuando dicha técnica del producto terminado es farmacopeico

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

2. Proyecto de inserto con la información aprobada en el País de Alta Vigilancia Sanitaria del que proviene el gas medicinal, si corresponde.

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

3. Proyecto de rotulado en idioma español del envase inmediato.

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

4. Copia de Certificado de producto farmacéutico o certificado de libre venta emitido por la Autoridad competente del país de origen o del exportador, considerando de modo preferente el Modelo de la OMS, para productos importados.

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

a) Cuando se trate de gases medicinales fabricados en un tercer país por encargo de una empresa farmacéutica del país exportador del producto que no se comercializa ni se consume en el país fabricante, el interesado debe presentar el Certificado del Producto Farmacéutico o Certificado de Libre Comercialización emitido por la Autoridad competente del país exportador que encargó su fabricación.

b) Cuando se trate de gases medicinales fabricados por etapas en diferentes países y comercializada en uno de ellos, el interesado debe presentar el certificado de producto farmacéutico o certificado de libre comercialización del

producto del país en el que éste se comercializa.
Se exceptúa del presente requisito en los siguientes casos:

- c) Cuando se trate de gases medicinales fabricados en el extranjero por encargo de un laboratorio o droguería nacional que no se comercializa en el país fabricante (con excepción de los gases medicinales bajo Denominación Común Internacional (DCI) o en su defecto, el nombre con el que figura en la farmacopea, formulario o suplemento de referencia, que pueden o no ser comercializados en el país fabricante).
- d) Cuando se trate de gases medicinales fabricados en el país por encargo de un laboratorio o droguería nacional.
- e) Cuando se trate de gases medicinales fabricados en el país por etapas por encargo de un laboratorio nacional.

5. Copia simple de Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) del fabricante nacional o extranjero emitido por la ANM. Se aceptan los certificados de BPM emitidos por la Autoridad competente de los países de alta vigilancia sanitaria o de los países con los cuales exista reconocimiento mutuo. Para el caso del fabricante nacional o extranjero que cuenta con BPM vigente emitido por la ANM, bastará con consignar el número de certificado de BPM del fabricante emitido por la ANM en la Solicitud con carácter de declaración jurada.

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

a) Para el caso de productos fabricados por etapas en diferentes países y comercializada en uno de ellos, el interesado debe presentar por cada país que intervino en el proceso de fabricación, el Certificado de BPM emitido por la ANM.

6. Copia de los Estudios de estabilidad, según estándares internacionales (OMS, ICH, EMA) o documento emitido por el fabricante que sustente la vida útil del producto.

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

7. Proyecto de ficha técnica, con la información aprobada en el País de Alta Vigilancia Sanitaria del que proviene el gas medicinal

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

8. Comprobante de pago

FISICO
CD

FOLIOS DEL -----AL-----
CD N° N° de páginas

Declaro que la
solicitud contiene un
total de:

FOLIOS:

CDs:

LIMA,DE.....DEL 2019.

Director Técnico
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° de Colegiatura

Representante Legal
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° de Documento de Identidad

NOTA 1: Se recomienda que la forma de presentación de los requisitos sea única, es decir, todos en forma física o todos en CD.

NOTA 2: Para la presentación de los requisitos en CD, se deberá presentar un archivo por cada requisito, el cual deberá denominarse con el N° y la descripción abreviada del requisito que contiene.