|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MINISTERIO DE SALUD ELESCUDO | | | | | | SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA | | | | | |
| **DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR PARA VERIFICACIÓN DE PESAJE E INCORPORACIÓN DE SUSTANCIAS COMPRENDIDAS EN EL DECRETO SUPREMO N° 023-2001- SA, EN LA FABRICACIÓN DE MEDICAMENTOS FISCALIZADOS** | | | | | |
| **DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS**  DIRECCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS  UNIDAD FUNCIONAL DE PRODUCTOS CONTROLADOS | | | | | | N° DE EXPEDIENTE  FECHA  Artículo 136 del TUO de la Ley Nº 27444, aprobado por Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, determina un plazo máximo de dos días hábiles para completar la documentación faltante | | | | | |
| PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE | | | | | | | | | | | |
| 1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA  LABORATORIO DROGUERIA | | | | | | | | | | | |
| 2. RAZON SOCIAL | | 3. NOMBRE COMERCIAL | | | | | 4. R.U.C. N° | | | | |
| 4. DOMICILIO LEGAL Av. / Calle / Jr. | | | | | | | | | | 5. N° | |
| 6. URBANIZACIÓN | | | 7. DISTRITO | | | | | 8. PROVINCIA | | | |
| 9. DEPARTAMENTO | 10. TELEFONO | | | 11. FAX | | | | | 12. CORREO ELECTRÓNICO | | |
| 13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | 14. TELEFONO | | |
| 15. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO | | | | | | | | | 16. N° C.Q.F.P. | | 17. TELÉFONO |
| PARTE II. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO FABRICANTE | | | | | | | | | | | |
| 1. RAZÓN SOCIAL | | 2. NOMBRE COMERCIAL | | | | | 3. R.U.C. N° | | | | |
| 4. DOMICILIO LEGAL Av. / Calle / Jr. | | | | | | | | | | 5. N° | |
| 6. URBANIZACIÓN | | | 7. DISTRITO | | | | | 8. PROVINCIA | | | |
| 9. DEPARTAMENTO | 10. TELEFONO | | | 11. FAX | | | | | 12. CORREO ELECTRÓNICO | | |
| 13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | 14. TELEFONO | | |
| 15. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO | | | | | | | | | 16. N° C.Q.F.P. | | 17.TELEFONO |
| **PARTE III. INFORMACIÓN DE LA PRODUCCION** | | | | | | | | | | | |
| 1. FECHA DE PESAJE | | | | | 2. HORA | | | | | | |
| 3. FECHA DE INCORPORACION | | | | | 4. HORA | | | | | | |
| PARTE IV. DEL PRODUCTO CONTROLADO A VERIFICAR | | | | | | | | | | | |
| 1. NOMBRE COMERCIAL, CONCENTRACION Y FORMA FARMACÉUTICA | | | | | | | | | | | |
| 2. Nº DE REGISTRO SANITARIO | | | | | | 3. FECHA DE VENCIMIENTO (En caso esté vencido indicar el número de expediente solicitando la reinscripción) | | | | | |
| 4. Nº DE LOTE DEL MEDICAMENTO | | | | | | 5. RENDIMIENTO TEÓRICO POR LOTE | | | | | |
| 6. CONTENIDO POR FORMA FARMACÉUTICA | | | | | | 7. PRESENTACIÓN DEL MEDICAMENTO | | | | | |
| 8. SUSTANCIA CONTROLADA (DCI) | | | | | | 9. CANTIDAD DE SUSTANCIA A UTILIZAR | | | | | |
| 10. Nº DE LOTE DE LA SUSTANCIA | | | | | | 11. FABRICANTE DE LA SUSTANCIA Y PAIS | | | | | |
| 12. EXPORTADOR DE LA SUSTANCIA Y PAIS | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECTOR TECNICO REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO FIRMA Y NOMBRE COMPLETO N° DE COLEGIATURA SELLO DE LA EMPRESA Fabricante Fabricante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECTOR TECNICO

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO

N° DE COLEGIATURA

(Establecimiento que encarga la fabricación)