



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

Dirección de Inspección y Certificación

FORMATO A-LCC

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE :

a) FUNCIONAMIENTO DE LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD

b) TRASLADO DE LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input type="text"/>	N°. REGISTRO DE EF	<input type="text"/>
2. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
3. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:			
APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>

5. ACTIVIDADES: ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD (Consignar, solo en caso de Funcionamiento)

- 1. ANÁLISIS QUÍMICOS CONVENCIONALES
- 2. ANÁLISIS FISICOQUÍMICOS NO INSTRUMENTALES
- 3. ANÁLISIS INSTRUMENTALES
- 4. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS
- 5. ENSAYOS BIOLÓGICOS
- 6. ENSAYOS DE ESTABILIDAD
- 7. OTROS ENSAYOS:
-
-

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (En caso de Traslado consignar la nueva direccion)

6a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
6c. DISTRITO:	<input type="text"/>	6d. PROV.:	<input type="text"/>	6e. DPTO.:	<input type="text"/>
6f. Correo Electronico:	<input type="text"/>	6g. Telefono:	<input type="text"/>		

7. DIRECCIÓN DEL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD:

7a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT	<input type="text"/>
7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
7c. DISTRITO:	<input type="text"/>	6d. PROV.:	<input type="text"/>	6e. DPTO.:	<input type="text"/>

8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO:

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9. QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO DE CONTROLDE CALIDAD:

9a. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF:

10. HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO (Congruente con el horario de funcionamiento del E.F.)

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____

11. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 141 DEL TUPA/MINSA)

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, que incluya número y fecha de la constancia de pago.
2. Croquis de distribución interna del laboratorio de control de calidad indicando el nombre de las áreas, en formato A-3.
3. Tipo de análisis a realizar.
4. Relación de instrumental, materiales y equipos para el control de calidad.

Número de Constancia de pago

Fecha de pago

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO 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