



Gobierno Regional del Cusco



Gerencia Regional de Salud

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

### FORMATO D-5

SOLICITUD - DECLARACION JURADA PARA DESIGNACION DE SUPERVISOR PARA VERIFICACIÓN DE PESAJE E INCORPORACIÓN DE SUSTANCIAS COMPRENDIDAS EN EL D.S. N° 023-2001-SA, EN LA FABRICACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

A) DROGUERIA

B) LABORATORIO

#### PARTE I :INFORMACION DEL SOLICITANTE

REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°

NOMBRE COMERCIAL

RAZON SOCIAL

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO / DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

CALLE/ JIRON/ AVENIDA  N°  INT.

URB./AA.HH./PP.JJ.  MZ.  LOTE

DISTRITO  PROV  DPTO

TELEFONO

INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

APELLIDOS  NOMBRES

COLEGIATURA.....N°  DNI  TELEF

#### PARTE II: INFORMACIÓN DEL LABORATORIO FABRICANTE

REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°

NOMBRE COMERCIAL

RAZÓN SOCIAL

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO / DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (DROG)

CALLE/ JIRON/ AVENIDA  N°  INT.

URB./AA.HH./PP.JJ.  MZ.  LOTE

DISTRITO  PROV  DPTO

TELEFONO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO

APELLIDOS  NOMBRES

COLEGIATURA.....N°  DNI  TELEF

**PARTE III. INFORMACION DE LA PRODUCCION**

FECHA DE PESAJE	<input type="text"/>	HORA:	<input type="text"/>
FECHA DE INCORPORACIÓN	<input type="text"/>	HORA:	<input type="text"/>

**PARTE IV. DEL PRODUCTO CONTROLADO A VERIFICAR**

1. NOMBRE COMERCIAL, CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA

2.- N° DE REGISTRO SANITARIO		3.- FECHA DE VENCIMIENTO DEL R.S.	
4.- N° DE LOTE DEL MEDICAMENTO		5.- RENDIMIENTO TEORICO POR LOTE	
6.- CONTENIDO POR FORMA FARMACEUTICA		7.- PRESENTACION DEL MEDICAMENTO	
8.- SUSTANCIA CONTROLADA (DCI)		9.- CANTIDAD DE SUSTANCIA A UTILIZAR	
10.- N° DE LOTE DE LA SUSTANCIA		11.- FABRICANTE DE LA SUSTANCIA Y PAIS	
		12.- EXPORTADOR DE LA SUSTANCIA Y PAIS	

PARTE V. OBSERVACIONES: \* Indicar N° Expediente para RS. En proceso de reinscripción \* Indicar N° COI (Opcional)

**SE ADJUNTA**

DOCUMENTOS	MARCAR (X)
PAGO POR DERECHOS	
COPIA DEL REGISTRO SANITARIO	
COPIA DEL PROTOCOLO DE ANALISIS DE LA MATERIA PRIMA CONTROLADA	

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR TECNICO  
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
N° DE COLEGIATURA  
FABRICANTE

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL  
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
N° DE COLEGIATURA  
FABRICANTE

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR TECNICO  
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
N° DE COLEGIATURA  
ESTABLECIMIENTO QUE ENCARGA LA FABRICACION