



# Solicitud de Control de Serie



## A. CÓDIGO ARANCEL:

Código Arancel

(Seleccione Lista Desplegable)

## B. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: (Completar formulario electrónico y luego imprimir en tamaño OFICIO/ Folio)

Solicitante

RUT:

Dirección

Responsable Sanitario

RUT

Teléfono:

Firma

Declaro bajo juramento que los datos suministrados en el presente formulario, así como los antecedentes acompañados, son verdaderos e íntegros. Formulo la presente declaración en conocimiento de lo dispuesto en el artículo 210 del Código Penal, que establece: "El que ante la autoridad o sus agentes perjurar o diere falso testimonio en materia que no sea contenciosa, sufrirá penas de presidio menor en sus grados mínimo a medio y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales"

## C. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Nombre producto

# Registro ISP

# Serie/ Lote

Forma Farmacéutica

Fecha Elab.

Fecha Vcto.

## D. IDENTIFICACIÓN LUGAR DE MUESTREO:

Dirección del muestreo:

Contacto Muestreo:

Mail contacto:

Fono:

## E. USO EXCLUSIVO DEL SOLICITANTE:

| Presentación/<br>Tipo envase | Presentación<br>Producto | # Unidades por<br>estuche/ caja | # Estuches/<br>Cajas | Cantidad Total | Sistema Público | Sistema Privado |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Venta Público                |                          |                                 |                      |                |                 |                 |
| Envase Clínico               |                          |                                 |                      |                |                 |                 |
| Muestra Médica               |                          |                                 |                      |                |                 |                 |
| <b>TOTALES</b>               |                          |                                 |                      |                |                 |                 |

Referencia AU

Referencia Exención A Local

Condición Almacenamiento y Transporte:

Temperatura Ambiente

Cámara fría (2 – 8° C)

Congelador (Menor a 0° C)

Documentación que acompaña la solicitud, cuando aplique:

Protocolo de análisis país de origen (productos importados)

Protocolo de análisis local (Art. 184° DS 03/2010)

Certificado liberación de lote en ARN país de origen (vacunas y hemoderivados)

Especificaciones Producto Terminado vigentes

Registro temperatura transporte

## F. PLAN DE MUESTREO (uso exclusivo SD LNC):

|                 | Nivel<br>Inspección | Tamaño de<br>la muestra | Observaciones |
|-----------------|---------------------|-------------------------|---------------|
| Venta Público-1 |                     |                         |               |
| Venta Público-2 |                     |                         |               |
| Envase Clínico  |                     |                         |               |
| Muestra Médica  |                     |                         |               |

| Unidades | Asignación         |
|----------|--------------------|
|          | Físicoquímico      |
|          | Microbiológico     |
|          | Pruebas Biológicas |
|          | Ev. Documental     |

Responsable ISP

Firma