|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicitud Ref. N° | | |  | Fecha |  |
| Código arancelario | | | 4111128 | N° comprobante de pago |  |
| N° de anexos | | |  |  |  |
| **1.- IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (persona natural o jurídica)** | | | | | |
| **1.1** | **RUT** |  | | | |
|  |  |  | | | |
| **1.2** | **Nombre o Razón social** |  | | | |
|  |  |
|  |  |  | | | |
| **1.3** | **Domicilio** |  | | | |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.4** | **Correo electrónico** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.5** | **Teléfono** |  |

**2.- IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE TÉCNICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1** | **RUT** |  |
|  |  |  |
| **2.2** | **Nombre y apellidos** |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.3** | **Correo electrónico** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.4** | **Teléfono** |  | | |
|  |  | | | |
| **2.5** | **Cargo del responsable técnico:** | | | |
|  |  | | | |
|  | **Director Técnico** | |  |  |
|  | **Asesor Técnico** | |  |  |
|  | **Otro (Indicar):** | |  |  |

**3.- IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (solo para personas jurídicas)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1** | **RUT** |  |
|  |  |  |
| **3.2** | **Nombre y apellidos** |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.3** | **Correo electrónico** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.4** | **Teléfono** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.- IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD** | | | | | | |
| **4.1.-** | **Nombre del producto, incluyendo su forma farmacéutica y potencia** | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **4.2.-** | **Número de resolución que autorizó el uso del medicamento sin registro sanitario y su número de referencia original** (debe adjuntar resolución) | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| **5.-** | **MODIFICACIÓN SOLICITADA**  Seleccione la(s) modificación(es) que desea solicitar: | | | | | |
| **A** | Cambio/ampliación de procedencia | | | | |  | |
| **B** | Cambio/ampliación de laboratorio de control de calidad | | | | |  | |
| **C** | Cambio/ampliación de laboratorio acondicionador | | | | |  | |
| **D** | Cambio/ampliación de bodega | | | | |  | |
| **E** | Cambio/ampliación de distribuidor | | | | |  | |

**6.- DOCUMENTOS QUE ADJUNTA (según lo que solicita y de acuerdo a lo señalado en la ficha técnica de esta prestación)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | Autorización del producto en el país procedente |  | |
|  |  |  | |
| **B** | Convenio con el laboratorio control de calidad |  | |
|  |  |  | |
| **C** | Convenio con el laboratorio de acondicionador |  | |
|  |  |  | |
| **D** | Convenio con droguería o establecimiento autorizado |  | |
|  |  | |  |
| **E** | Convenio con distribuidor | |  |
|  |  | |  |
| **F** | Resolución que autorizó el uso provisional | |  |

**7.- NOTIFICACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO EMITIDO POR EL ISP**

(Por favor, elija sólo una forma de notificación)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Solicito que se me notifique de oficios, resoluciones y otros documentos relacionados con el proceso de evaluación, mediante correo electrónico, entregando para ello la(s) siguiente(s) dirección(es): |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Solicito que se me notifique vía carta certificada al domicilio ubicado en: |
|  |  |
|  |  |

**Se deja constancia que es responsabilidad del interesado informar al Instituto respecto de cualquier modificación del domicilio o las direcciones de correo electrónico aquí entregados.**

**Asimismo, declaro estar en conocimiento del Artículo 210 del Código Penal, que señala que: “El que ante autoridad o sus agentes perjurare 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 tributaria mensuales”**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**