
	FORMULARIO	FOR-OGITT-037
	SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO	Edición Nº 02

Código de RNE: <i>(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)</i>			
1. DATOS DEL PATROCINADOR		Extranjero <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
1.1. PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>			
Apellido paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I / C.E:	
Correo electrónico:		Teléfono y anexo	
Domicilio legal: <i>(Distrito, Provincia y Departamento)</i>			
1.2. PERSONA JURIDICA <input type="checkbox"/>			
REPRESENTANTE DEL PATROCINADOR EN PERU			
<i>(Datos del representante que canaliza toda la comunicación con la OGITT del INS durante la ejecución del estudio)</i>			
FILIAL <input type="checkbox"/>	SUCURSAL <input type="checkbox"/>	OIC <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>
RUC:		Razón Social: <i>(Datos de su representante legal agregarlos en el numeral 1.2.1 y 1.2.2)</i>	
Nombre Comercial:		Teléfono y anexo:	
1.2.1. REPRESENTANTE LEGAL (Para empresa, acreditado en la vigencia de poder / para entidad pública, acreditado en la Resolución que lo designa):			
<i>(De existir una persona diferente al representante legal como un apoderado, debe contar con el poder especial el cual debe indicar expresamente él o los actos para los cuales fue conferido)</i>			
Apellido paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I / C.E:	
Poder registrado en la Oficina Registral - SUNARP: <i>(Completar si es de Lima o provincia)</i>		Cargo:	
Partida electrónica N°:		Asiento N°:	
N° de Resolución que lo designa: <i>(Completar este ítem solo si es entidad pública y detallar el nombre completo de la resolución)</i>		Fecha: <i>(Día, mes y año)</i>	
Correo electrónico:		Teléfono y anexo:	
1.2.2. DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL			
Dirección:		Distrito:	
Provincia:		Departamento:	

	FORMULARIO	FOR-OGITT-037
	SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO	Edición Nº 02

1.2.3. OTROS <i>Si considera importante alguna información adicional agregarla</i>			

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL ENSAYO CLÍNICO

Título del Ensayo Clínico: <i>(Ingresar conforme figura en el REPEC)</i>	
Nº EC INS:	
Fecha de Vencimiento de la Póliza de Seguro:	

3. JUSTIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE TIEMPO:
Si considera importante alguna información adicional, puede adjuntarla como anexo.

4. Requisitos para la solicitud de extensión de tiempo de realización del ensayo clínico

1. Solicitud de extensión de tiempo de realización del ensayo clínico justificando de los motivos para su solicitud que incluye información del comprobante de pago N°.....de fecha:/...../..... (FOR-OGITT-037).	<input type="checkbox"/>
2. Copia del documento de aprobación de la extensión de tiempo otorgada por el representante legal de la(s) institución(es) de investigación donde se realizará el ensayo clínico.	<input type="checkbox"/>
3. Copia del documento de aprobación de la extensión de tiempo por un CIEI acreditado por el INS.	<input type="checkbox"/>

5. FIRMA

Manifiesto que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación a lo declarado en atención al "Principio de Presunción de Veracidad" del numeral 1.7 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo 004-2019-JUS.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Ciudad,.....de.....del 20...

Nombre y firma
Representante Legal (numeral 1.2.1)

NOTA: Todos los documentos deben ser foliados, presentados al Instituto Nacional de Salud en un folder o archivador y ordenados de acuerdo a lo establecido en los requisitos indicando los nombres de cada uno de ellos mediante separadores.