

	FORMULARIO	FOR-OGITT-043
	SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULO DEL ENSAYO CLINICO	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:	

	FORMULARIO	FOR-OGITT-043
	SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULO DEL ENSAYO CLINICO	Edición Nº 02

Provincia:		Departamento:	
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. INFORMACIÓN RESPECTO AL CAMBIO DE TITULO DE ENSAYO CLINICO	
3.1 Justificación de los motivos del cambio de título del ensayo clínico <i>Si considera importante alguna información adicional, puede adjuntarla como anexo</i>	
3.2 Título del ensayo Clínico propuesto:	
4. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULO DE ENSAYO CLINICO	
a. Solicitud de Cambio de Título de un Ensayo Clínico justificando los motivos, incluye información del comprobante de pago N°.....de fecha/...../...(FOR-OGITT-043)	<input type="checkbox"/>
b. Aprobación del cambio de título del ensayo clínico por un CIEI acreditado por el INS.	<input type="checkbox"/>

5. FIRMA
<p>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 Nº 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo 004-2019-JUS.</p> <p>En señal de conformidad firmo el presente documento.</p> <p>Ciudad,.....de.....del 20...</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre y firma</p>

	FORMULARIO	FOR-OGITT-043
	SOLICITUD DE CAMBIO DE TITULO DEL ENSAYO CLINICO	Edición Nº 02

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