

FORMATO DFCVS - URASEFPERÚ
Ministerio
de Salud**DIRESA LORETO**
DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD**Solicitud - Declaración Jurada****CERTIFICACION O RENOVACION DE
CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS
DE ALMACENAMIENTO**

DIREMID LORETO

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA : ____ / ____ / ____

PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (de acuerdo a lo autorizado por DIREMID)**1. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**DROGUERIA ☐ALMACEN ESPECIALIZADO ☐

2. RAZON SOCIAL :

3. NOMBRE COMERCIAL :

4. R.U.C. N° :

5. OFICINA ADMINISTRATIVA

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELÉFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúe todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el Art. 20 Numeral 20.1.2 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 006-2017-JUS.

6. DIRECCION DE ALMACEN Y/O ALMACENES**ALMACEN N° 1**

SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR :

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELÉFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

ALMACEN N° 2

SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR :

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELÉFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

CERTIFICACION O RENOVACIÓN DE CERTIFICACION EN BPA

ALMACEN N° 3

SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO POR :.....

Av./ Calle / Jr.

N°

Mz

Lote

Km

Interior

Piso

URBANIZACION

REFERENCIA

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

TELEFONO / CELULAR

FAX / ANEXC

* EN CASO DE CONTAR CON MAS ALMACENES INDICAR DATOS EN HOJA ADICIONAL

PARTE II. TRAMITE SOLICITADO

CERTIFICACION

☐

RENOVACION DE CERTIFICACIÓN

☐

* El Certificado de Buenas Prácticas de Almacenamiento se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos y/o dispositivos autorizados, para la importación, exportación, comercialización, almacenamiento y/o distribución, a la fecha de la inspección por certificación.

** En caso de que la empresa a certificar se encuentra ubicado fuera de la ciudad de Iquitos, el administrado deberá asumir los gastos que demanden los pasajes y viáticos.

SE ADJUNTA:

DOCUMENTOS	SI	NO	FOLIOS DEL.....AL.....
COMPROBANTE DE PAGO N°..... DIA DE PAGO:.....			
OTROS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA			

La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y está sujeta a fiscalización posterior.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHYO CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY N° 27444 - LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, APROBADO CON D.S. N° 006-2017-JUS: EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello del Establecimiento Farmacéutico

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DIREMID LORETO.