



FORMATO B-1

Solicitud - Declaración Jurada

CERTIFICACION O RENOVACION DE CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO

PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (de acuerdo a lo autorizado por la GERESA CUSCO)

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

TELEFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

CORREO ELECTRÓNICO

Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúen todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el Art. 20 Numeral 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-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

TELEFONO / 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



Gobierno Regional del Cusco



Gerencia Regional de Salud

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

TELEFONO / CELULAR

FAX / ANEXO

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

7. INFORMACION DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P:  EMAIL:  D.N.I.  TELF.

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, comercialización, almacenamiento y/o distribución, a la fecha de la inspeccion por certificación.

REQUISITOS

- 1. Solicitud con carácter de Declaracion Jurada, según formato.
2. Comprobante de pago por derecho de trámite (S/239.00)

Numero de Comprobante de pago:

Fecha de pago:

La presente solicitud tiene carácter de Declaracion Jurada y está sujeta a fiscalizacion 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° 004-2019-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.

Firma y sello del Director Técnico

Firma del propietario o Representante Legal y sello del Establecimiento Farmacéutico