



FORMATO B - 2
Solicitud - Declaración Jurada

CERTIFICACION O RENOVACION DE
CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRACTICAS DE
DISTRIBUCION Y TRANSPORTE

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

1. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO
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 efectue todas las notificaciones que se requieran para éste 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
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.



Gobierno Regional del
Cusco



Gerencia Regional de
Salud

Dirección Ejecutiva de
Atención Integral de
Salud

Dirección de
Medicamentos, Insumos y
Drogas

PARTE II. TRAMITE SOLICITADO

CERTIFICACION

RENOVACION DE CERTIFICACIÓN

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

En el caso de recibir el servicio de distribución por un establecimiento farmacéutico, indicar Razón Social:

REQUISITOS

1. Solicitud con carácter de Declaración 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 Declaración Jurada y está sujeta a fiscalización posterior.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y 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 ASÍ 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