

**FORMATO DFCVS-URASEF**

**Solicitud - Declaración Jurada**



PERÚ Ministerio de Salud



GERESA SEERENIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO



BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

**CERTIFICACION O RENOVACION DE CERTIFICACION EN BUENAS PRACTICAS DE FARMACOVIGILANCIA**



DIREMID LORETO

N° DE EXPEDIENTE :

FECHA : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (de acuerdo a lo autorizado por la DIGEMID)**

**1. CLASIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**

A. LABORATORIO  DROGUERIA  ALMACEN ESPECIALIZADO

**B. MARQUE EL TIPO DE PRODUCTO :**

- a) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto biológico similar y otros productos farmacéuticos.
- b) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico: Inmunológico (vacuna, suero, alérgeno), y otros productos farmacéuticos.
- c) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico biológico (derivados de sangre humana y plasma humano, productos obtenidos por procedimientos biotecnológicos, otros productos biológicos), y otros productos farmacéuticos.
- d) Laboratorios y droguerías titulares de registro sanitario y/o del certificado de registro sanitario de algún producto farmacéutico (No incluye productos biológicos)
- e) Droguerías de productos farmacéuticos no titulares de registro sanitario, droguerías de productos farmacéuticos no titulares del certificado de registro sanitario y almacenes especiales de algún producto farmacéutico (No incluye productos biológicos).

C. Titular de Registro Sanitario (TRS)  Titular del Certificado de Registro Sanitario (TCRS)  Otros

2. RAZON SOCIAL : \_\_\_\_\_  
 3. NOMBRE COMERCIAL : \_\_\_\_\_  
 4. R.U.C. N° : \_\_\_\_\_

**5. OFICINA ADMINISTRATIVA**

Av/ Calle / Jr. \_\_\_\_\_

N°  Mz  Lote  Km  Interior  Piso

URBANIZACIÓN \_\_\_\_\_

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 éste trámite, de acuerdo con el Art. 20° de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS: SI  NO

**6. DATOS DE FARMACOVIGILANCIA**

NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO : \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA : \_\_\_\_\_

PROFESIÓN DEL RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA : \_\_\_\_\_

TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA : SI  (especificar) \_\_\_\_\_ NO

NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA CUAL TERCERIZA SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA : \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**PARTE II. TRAMITE SOLICITADO**

CERTIFICACIÓN  RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN

El Certificado de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se otorgará al establecimiento farmacéutico, de acuerdo a los productos farmacéuticos autorizados, registrados, para la importación, distribución, almacenamiento, fabricación, y/o comercialización a la fecha de la inspección por certificación.

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 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 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.

\_\_\_\_\_  
 REPRESENTANTE LEGAL  
 FIRMA Y NOMBRE COMPLETO  
 SELLO DE LA EMPRESA