



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO D-5
Solicitud - Declaración Jurada

- a) CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO
- b) RENOVACIÓN DE BPA

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:
<https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	
1. CLASE:	DROGUERIA <input type="checkbox"/> ALMACÉN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>
3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	<input type="text"/>
4. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>
(Según ficha RUC)	
5. DISTRITO:	<input type="text"/>
6. PROVINCIA:	<input type="text"/>
7. DIRECCION DE:	
7.1. OFICINA ADMINISTRATIVA: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>
7.1.1. URB./AA.HH:	<input type="text"/>
7.1.2. NÚMERO:	<input type="text"/>
7.1.3. INTERIOR:	<input type="text"/>
7.1.4. MANZANA	<input type="text"/>
7.1.5. LOTE:	<input type="text"/>
7.2. ALMACEN: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>
7.2.1. URB./AA.HH:	<input type="text"/>
7.2.2. NÚMERO:	<input type="text"/>
7.2.3. INTERIOR:	<input type="text"/>
7.2.4. MANZANA	<input type="text"/>
7.2.5. LOTE:	<input type="text"/>
7.3. SERVICIO DE ALMACENAMIENTO BRINDADO (Si corresponde):	
7.3.1. URB./Av./Jr.:	<input type="text"/>
7.3.2. NÚMERO:	<input type="text"/>
7.3.3. INTERIOR:	<input type="text"/>
7.3.4. MANZANA	<input type="text"/>
7.3.5. LOTE:	<input type="text"/>
8. DOMICILIO FISCAL:	<input type="text"/>
10. TELEFONO	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO	
9. N° DE RESOLUCION DE AUTORIZACION S. DE FUNCIONAMIENTO	<input type="text"/>
FECHA DE EMISION	<input type="text"/>
10. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: Marcar con X los días y especificar las Horas (De... A: ...)	
<input type="checkbox"/> LUNES: _____ A _____	<input type="checkbox"/> VIERNES _____ A _____
<input type="checkbox"/> MARTES: _____ A _____	<input type="checkbox"/> SÁBADO _____ A _____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES: _____ A _____	<input type="checkbox"/> DOMINGO: _____ A _____
<input type="checkbox"/> JUEVES: _____ A _____	
SEGÚN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS	
11. N° DE CERTIFICADO DE BPA (EN CASO DE RENOVACIÓN)	<input type="text"/>
FECHA DE EMISION	<input type="text"/>
INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	
12. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	
APELLIDOS	<input type="text"/>
NOMBRES	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>
TELÉFONO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO DE PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS	
13.	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO	
AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS	<input type="checkbox"/> MARCAR
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	
14. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.	
APELLIDOS	<input type="text"/>
NOMBRES	<input type="text"/>
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>
TF:	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO	

15. HORARIO DE LABOR: Marcar con X los días y especificar las Horas (De.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES:	_____	A	_____

<input type="checkbox"/>	VIERNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____

SEGÚN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS

16. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
C.Q.F.P. N°: _____ EMAIL: _____ DNI: _____ CELULAR: _____

LEGIBLE, OBLIGATORIO

17. HORARIO DE LABOR: Marcar con X los días y especificar las Horas (De.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES:	_____	A	_____

<input type="checkbox"/>	VIERNES:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____

SEGÚN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS

INFORMACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS CONTROLADOS

18. COMERCIALIZACIÓN DE PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PRECURSORAS SI NO
Marca SI; indicar: Psicotropicos SI NO Estupefacientes SI NO
Psicotropicos Lista IVB SI NO

PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE

19. N° DE RECIBO DE PAGO: _____ 23. IMPORTE: _____ 24. DÍA DE PAGO: _____

REQUISITOS

1 Solicitud con carácter de Declaración jurada, en FORMATO D-7

Profesional Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Químico Farmacéutico del Perú.

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, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; 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.

Puno, de Del 20.....

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello y firma del Director Técnico/Químico Farmacéutico.