


SOLICITUD - DECLARACION JURADA					
<b>CERTIFICACIÓN O RENOVACION DE CERTIFICACION EN BUENAS PRÁCTICAS DE LABORATORIO (BPL) EN:</b>				 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas	
a) Droguerías que cuenten con Laboratorio de Control de Calidad <input type="checkbox"/> b) Laboratorio de Control de Calidad Nacionales y Extranjeros <input type="checkbox"/>				N° DE EXPEDIENTE	
				FECHA	
<b>I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE - OFICINA ADMINISTRATIVA:</b>					
1. CATEGORÍA DE LA EMPRESA					
LABORATORIO		DROGUERÍA		OTROS (Especificar)	
2. RAZÓN SOCIAL			3. NOMBRE COMERCIAL		4. R.U.C. N°
5. UBICACIÓN Av./ Calle / Jr.			6. N°/Mz/Lt	7. REFERENCIA	
8. URBANIZACIÓN		9. DISTRITO		10. PROVINCIA	
11. DEPARTAMENTO	12. PAÍS	13. TELÉFONO	14. FAX	15. CORREO ELECTRÓNICO (*)	
16. NOMBRE DEL DIRECTOR TÉCNICO					
<b>II. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO A CERTIFICAR:</b>					
17. DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL			18. NOMBRE COMERCIAL		19. R.U.C. N°
20. UBICACIÓN Av./ Calle / Jr.			21. N°/Mz/Lt	22. REFERENCIA	
23. URBANIZACIÓN		24. DISTRITO		25. PROVINCIA	
26. DEPARTAMENTO	27. PAÍS	28. TELÉFONO	29. FAX	30. CORREO ELECTRÓNICO	
31. NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE TÉCNICO					
<b>SI CUENTA CON OTRO LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD EN OTRA DIRECCIÓN.</b>					
ESPECIFICAR:					
32. UBICACIÓN Av./ Calle / Jr.			33. N°/Mz/Lt	34. REFERENCIA	
35. URBANIZACIÓN		36. DISTRITO		37. PROVINCIA	
38. DEPARTAMENTO	39. PAÍS	40. TELÉFONO	41. FAX	42. CORREO ELECTRÓNICO	
43. NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE TÉCNICO					
<b>SI CUENTA CON OTRO LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD EN OTRA DIRECCIÓN.</b>					
ESPECIFICAR:					
44. UBICACIÓN Av./ Calle / Jr.			45. N°/Mz/Lt	46. REFERENCIA	
47. URBANIZACIÓN		48. DISTRITO		49. PROVINCIA	
50. DEPARTAMENTO	51. PAÍS	52. TELÉFONO	53. FAX	54. CORREO ELECTRÓNICO	
55. NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE TÉCNICO					
<b>III. TRÁMITE SOLICITADO:</b>					
CERTIFICACIÓN		RENOVACIÓN	ALCANCE:	TOTAL	PARCIAL
<b>IV. ADJUNTA:</b>				SI	NO
DOCUMENTOS					FOLIO DEL.....AL
FECHA DE PAGO:					
NÚMERO DE CONSTANCIA DE PAGO:					
DOCUMENTOS SEGÚN REQUISITOS TUPA EN IDIOMA ESPAÑOL					

(\*) Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúe todas las notificaciones que se requieran para éste trámite, de acuerdo con el Art. 20 Numeral 20.1.2 de la Ley 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.



56. MÉTODOS Y ENSAYOS SOLICITADOS

MÉTODOS FÍSICOQUÍMICOS:

INSTRUMENTALES:

Table with 2 columns: Características Físicas (descripción/aspecto) and empty cells for selection.

Table with 8 columns: Métodos /Ensayos, Identificación, Contenido, Disolución, Unidades de Dosificación, Sustancias Relacionadas, Otros (especificar).

MÉTODOS MICROBIOLÓGICOS: Table with 2 columns: Method name and empty cells for selection.

OTROS: Table with 1 column: Other methods and empty cells for selection.

- 1.- Marque con una (X) los métodos y ensayos que estarán dentro del alcance de la auditoría.
2.- Si un método o ensayo no se encuentra en la lista, consígnelo en otros.

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 LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL: 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.

DIRECTOR TÉCNICO FIRMA Y NOMBRE COMPLETO Nº DE COLEGIATURA

REPRESENTANTE LEGAL FIRMA Y NOMBRE COMPLETO SELLO DE LA EMPRESA