



FORMATO "B 1"

SEÑOR GERENTE REGIONAL DE SALUD

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUDDIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
AUTORIZACIONES SANITARIAS

COMUNICACIÓN: (marcar con una X)	
ENCARGO DE SERVICIO DE FABRICACIÓN	
ENCARGO DE SERVICIO DE REACONDICIONADO	
ENCARGO DE SERVICIO DE FRACCIONAMIENTO	
AMPLIACIÓN SERVICIO DE FABRICACIÓN	
AMPLIACIÓN SERVICIO DE REACONDICIONADO	
AMPLIACIÓN SERVICIO DE FRACCIONAMIENTO	
OTROS: (especificar)	

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO1. CLASE: DROGUERIA ☐ ALMACEN ESPECIALIZADO ☐

2. NOMBRE COMERCIAL: _____

2.1 N° REGISTRO SI-DIGEMID: _____

3. RAZON SOCIAL: _____

4. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: RUC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B.- DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

5. NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

5.1 DOMICILIO DE NOTIFICACION: _____

5.2 CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACION: _____

6. DIRECCION OFICINA ADMINISTRATIVA: _____

6.1. DISTRITO: _____ 6.2. PROVINCIA: _____

6.3 Teléfono/Celular del propietario:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. DEL QUIMICO FARMACEUTICO:

7.1 NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO: _____

C.Q.F.P. N° _____

C. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO QUE BRINDA EL SERVICIO DE FABRICACIÓN, REACONDICIONADO

8. NOMBRE DEL LABORATORIO: _____

8.1. RAZÓN SOCIAL: _____

8.2. RUC: _____

9. DIRECCIÓN DE LA PLANTA _____

9.1 ... DISTRITO: _____ 9.4 PROVINCIA: _____

9.2 DEPARTAMENTO _____ 9.4 PAIS _____

10. N° CONSTANCIA DE PAGO _____ MONTO _____ FECHA _____

Todo lo cual declaramos bajo juramento en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y con buena fe, basado en el principio de presunción de veracidad consignado en el Art. IV, Inciso 1.7 del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General; expresando asimismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración, conforme lo regula el Art. 411° en el Capítulo III Delitos Contra la Administración de Justicia del Código Penal vigente.

Q.F. DIRECTOR TECNICO

PROPIETARIO O REP. LEGAL

.....
 (NOMBRE COMPLETO)
Nº DNI.....

.....
 (NOMBRE COMPLETO)
Nº DNI.....

Toda variación o cambio que se produzca durante el funcionamiento del establecimiento deberá ser comunicado por escrito a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional Arequipa

REQUISITOS

ENCARGO O AMPLIACIÓN DE SERVICIO DE FABRICACIÓN, REACONDICIONADO O FRACCIONAMIENTO

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato **B1**)
2. Relación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios según corresponda:
 - Productos Farmacéuticos: Nombre del producto, denominación común internacional (DCI), concentración y forma farmacéutica.
 - Dispositivo Médico: Nombre del dispositivo y su clasificación.
 - Productos Sanitario: Nombre del producto y su clasificación.
3. Copia del contrato de encargo según corresponda celebrado entre las partes
4. Número de Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura del fabricante emitido por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) o copia simple del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura de los países de alta vigilancia sanitaria o de los países con los cuales exista reconocimiento mutuo o documento equivalente a los certificados de acuerdo al tipo de producto o dispositivo.

**DIREMID
AREQUIPA**