



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNIN  
DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



### MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:

- CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO Y DISPENSACIÓN.
- CUMPLIMIENTO DEL D.S.021-2001-S.A. Y LA LEY N° 29459 - LEY DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

Yo.....propietario ó representante legal del establecimiento farmacéutico: ..... identificado con DNI N° ..... domiciliado en ..... distrito de ..... provincia de ..... y yo ..... , químico-farmacéutico, identificado con DNI N° ..... , domiciliado en ..... , distrito de ..... Provincia de .....colegiado con N° ..... , Registrado en la DEMID-DIRESA JUNIN, con el N° .....

Declaramos bajo juramento que daremos cumplimiento a: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Por tanto asumiremos la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

..... de ..... del 20.....

(Lugar) (Día) (Mes)

.....

**SELLO Y FIRMA  
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO**

.....

**Firma del Propietario y/o Representante Legal**  
N° DNI: .....  
Y sello de la empresa



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNIN  
DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



**MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:**

- **ASUME EL CONTROL DE SUSTANCIAS FISCALIZADAS, CON FIRMA USUAL Y HUELLA DACTILAR.**

Yo, ..... , químico-farmacéutico,  
identificado con DNI N° ..... domiciliado en .....  
..... distrito de ..... , provincia de .....  
colegiado con N° ..... , declaro bajo juramento que:

Por tanto asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

..... de ..... del 20.....  
(Lugar) (Día) (Mes)

.....  
**SELLO Y FIRMA  
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO**

**HUELLA DIGITAL  
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

.....  
**Firma del Propietario y/o Representante Legal**  
N° DNI: .....  
Y sello de la empresa





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN  
DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS



### MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:

- ASUME EL CONTROL DE SUSTANCIAS FISCALIZADAS, CON FIRMA USUAL Y HUELLA DACTILAR.

Yo, ..... , químico-farmacéutico,

identificado con DNI N° ..... domiciliado en .....

....., distrito de ..... provincia de .....

colegiado con N° ..... declaro bajo juramento que: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Por tanto asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

..... de ..... del 20.....  
(Lugar) (Día) (Mes)

.....  
**SELLO Y FIRMA  
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO**



**HUELLA DIGITAL  
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

.....  
**Firma del Propietario y/o Representante Legal**  
**N° DNI: .....**  
**Y sello de la empresa**



### MODELO DE DECLARACIÓN JURADA DE:

➤ CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO Y DISPENSACIÓN

Yo.....representante legal del  
establecimiento farmacéutico:.....identificado con DNI N°.....,  
domiciliado en....., distrito de....., provincia de.....  
y yo....., personal a cargo del Botiquín, identificado con  
DNI N°....., domiciliado en....., distrito de.....  
Provincia de.....

Declaramos bajo juramento que daremos cumplimiento a:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Por tanto asumiremos la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

..... de ..... del 20.....  
(Lugar) (Día) (Mes)

.....  
**SELLO Y FIRMA  
DEL PERSONAL A CARGO DEL BOTIQUIN**

.....  
**Firma del Representante Legal**  
N° DNI: .....  
Y sello de la empresa