

**PERÚ**

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-3

Solicitud - Declaración Jurada

**CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE BUENAS
PRÁCTICAS****INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

1. CLASE:	BOTICA ☐	FARMACIA ☐	FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐
2. NOMBRE COMERCIAL:			
3. RAZON SOCIAL:			
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:			
5. DISTRITO:		6. PROVINCIA:	
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)			
7a URB./AA.HH:			
8. NÚMERO		9. INTERIOR	
		10. MANZANA	
		11. LOTE	
12. DOMICILIO FISCAL			
13. CORREO ELECTRONICO DEL EEEF		14. TELEFONO	

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS		NOMBRES	
16. CORREO ELECTRONICO		17. TELEFONO	
18. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
email			
19. N° DE CONSTANCIA DE PAGO		20. DÍA DE PAGO	

21. REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS SEGÚN PROCEDIMIENTO N° 197 DEL TUPA/MINSA

1 Solicitud con carácter de declaración jurada, que incluya número y fecha de la constancia de pago.

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.

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello del Establecimiento Farmacéutico

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS.