PERÚ | Ministerio de Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

FORMATO A-3

Solicitud - Declaración Jurada

CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

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 EEFF **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.