



PERÚ

Ministerio
de Salud



DIRESA LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD

FORMATO A-3

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LA AMPLIACIÓN DE:

a) ALMACEN DE DROGUERIA

☐

b) ALMACEN ESPECIALIZADO

☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA

☐

ALMACEN ESPECIALIZADO

☐

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

5. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado ante DIGEMID):

5a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.

LOTE.:

5c. DISTRITO:

5d. PROV.:

5e. DPTO.:

5f. Correo Electronico:

5g. Telefono:

Autorizo que a través de este correo electrónico, se me notifiquen todo los actos administrativos, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 20, numeral 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS.



6. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN AUTORIZADO ANTE DIGEMID:

6a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.

LOTE.:

6c. DISTRITO:

6d. PROV.:

6e. DPTO.:

7. ALMACEN N°...(En caso de contar con mas de un almacén autorizado)

7a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.

LOTE.:

7c. DISTRITO:

7d. PROV.:

7e. DPTO.:

**PERÚ**Ministerio
de Salud**DIRESA LORETO**
DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD**8. INFORMACIÓN DEL ALMACÉN A AMPLIAR** (Según lo consignado en el RUC/SUNAT)

8a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

8b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.

LOTE.:

8c. DISTRITO:

8d. PROV.:

8e. DPTO.:

8f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO:

NO

☐

SI

☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

8g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

8h. NOMBRE COMERCIAL:

8i. RAZÓN SOCIAL:

9. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9a. PROFESION: QUÍMICO FARMACÉUTICO

9b. APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI:

TF:

10. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 143 DEL TUPA/MINSA)

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
2. Croquis de distribución interna del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formatos A-3.

Número de Constancia de pago

Fecha 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.

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico