DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD I JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

DEMID JAEN

FORMATO R

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

a) 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:	

6. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN, EN CASO DE DROGUERÍA O A. ESPECIALIZADO (según lo autorizado ante DIGEMID)

6a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:

6c. DISTRITO:		**6d.** PROV.:		**6e.** DPTO.:	

7. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

7a. PROFESION: QUÍMICO FARMACÉUTICO

7b. APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

C.Q.F.P. N°: _____ **email** _____ **DNI:** _____ **TF:** _____

8. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 104 DEL TUPA/GORE CAJAMARCA)

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.

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