FORMATO A-8
Solicitud - Declaración Jurada

a) CERTIFICACIÓN ☐
b) RENOVACÍON ☐

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. **CLASE:** FARMACIA ☐ BOTICA ☐ OFIC. FARMAC ESPECIALIZADA ☐
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐

2. **NOMBRE COMERCIAL:** _____
(Según RUC)

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 EEF** _____ 14. **TELEFONO** _____

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. **PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS _____ **NOMBRES** _____

16. **CORREO ELECTRONICO** _____ 17. **TELEFONO** _____

18. **DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS**

_____

DISTRITO: _____ **TELEFONO:** _____

email: _____

19. **N° DE CONSTANCIA DE PAGO** _____ 20. **DÍA DE PAGO** _____

21. **REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE OFINAS FARMACÉUTICA (PROCEDIMIENTO N° 117 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)**

1 Solicitud dirigida al/la Directora/a Ejecutivo/a de Medicamentos Insumos y Drogas de la DISA con carácter de Declaracion jurada.
2 Copia Simple de la Ficha del Registro Único de Contribuyente - RUC (Actualizado)
3 Croquis De Distribución Interna Del Local, en Hoja Tamaño A-3, con Todas las Àreas Separadas e Identificadas. Indicando Las Areas Ùtiles y Área Total (en metros cuadrados).
4 Copia del comprobante de Pago por concepto de Derecho de Trámite, en Tesorería de la DSRS - J (sustentado en el TUPA del año 2013 DIRESA-CAJ/DSRS-JAÉN)

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.

_____
REPRESENTANTE LEGAL/PROPIETARIO
NOMBRES COMPLETOS, FIRMA Y
SELLO DE LA EMPRESA

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