



FORMATO F 1

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

a) CERTIFICACIÓN B.P. OFICINA FARMACEUTICA

☐

b) CERTIFICACIÓN _____

☐

PARTE I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	BOTICA ☐	FARMACIA ☐	FARMACIA O BOTICA ESPECIALIZADA ☐	FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐	
2. NOMBRE COMERCIAL:				2.1 SI-DIGEMID N°	
3. RAZON SOCIAL:					
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:					
5. DIRECCIÓN					
6. DISTRITO:		7. PROVINCIA:			
8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO					
9. CORREO ELECTRONICO DEL EEF		10. TELEFONO			

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

11. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS		NOMBRES	
12. CORREO ELECTRONICO		13. TELEFONO	
14. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
15. DISTRITO:		16. TELEFONO:	

Autorizo que a través de este correo electrónico, se efectúe todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el Art. 20 numeral 20.1.2 del TUO de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General

INFORMACION DEL DIRECTOR TECNICO

17. APELLIDOS Y NOMBRES		DNI	
18. HORARO DE TRABAJO		19. TELEFONO	

PARTE II. DE SER OFICINA ESPECIALIZADA, ESPECIFICAR TIPO DE PRODUCTOS QUE COMERCIALIZA:

ESPECIALIZADA EN:

ARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD - NIVEL: _____	UPS\$	DISPENSACION Y EXPENDIO:	☐
ALMACENAMIENTO ESPECIALIZADO	☐	FARMACIA CLINICA	☐
FARMACOTECNIA:	☐ NO ESTERIL ☐ ESTERIL ☐	SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA	☐

PARTE III. ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS SEGÚN TEMPERATURA

AMBIENTE HASTA 30°C ☐ CONTROLADA 20 - 25°C ☐ REFRIGERADA 2 - 8° C ☐ CONGELADA -10°C ☐

20. N° DE COMPROBANTE DE PAGO		21. FECHA 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.

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
SELLO DEL ESTABLECIMIENTO

Q.F. DIRECTOR TECNICO
FIRMA Y NOMBRE COMPLETO
N° COLEGIATURA

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