



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-8 Solicitud- Declaración Jurada	
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:	
a) CERTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/>
b) RENOVACIÓN	<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)**

1. CLASE: BOTICA  FARMACIA  FARMACIA ESPECIALIZADA   
 FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL:  (Según RUC)

3. RAZÓN SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

5. DISTRITO:  6. PROVINCIA:

7. CALLE: (Av, Jr, Carr)   
 5a. URB./ AA.HH.:

8. NÚMERO  9. INTERIOR  10. MANZANA  11. LOTE

12. DOMINIO FISCAL:

13. CORREO ELECTRONICO DEL EE.FF.  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:   
 E-mail:

19. N° DE CONSTANCIA DE PAGO  20. DÍA DE PAGO:

**21. REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE OFICINAS FARMACÉUTICA (PROCEDIMIENTO N° 187 DEL TUPA/MINSA)**

1. Solicitud dirigida al/la Directora/ a Ejecutivo/a de Medicamentos, Insumos y drogas de la DIRIS con carácter de Declaración Jurada.

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 FALSEDAZ DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CODIGO PENAL

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello del Establecimiento Farmacéutico