

**FORMATO A-SA**
Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

**AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LAS
DROGUERÍAS O ALMACENES ESPECIALIZADOS QUE
ENCARGUEN EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO****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. INFORMACIÓN DEL ALMACÉN O ALMACENES QUE ENCARGA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO

ALMACEN N°:

5a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

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

5c. DISTRITO: 5d. PROV.: 5e. DPTO.:

6d. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO

(Según autorizado ante DIGEMID):

6f. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

6g. RAZÓN SOCIAL:



(De requerir o contar con más de un (01) almacén, consignar la siguiente información)

ALMACEN N°:

5a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

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

5c. DISTRITO: 5d. PROV.: 5e. DPTO.:

6m. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO

(Según autorizado ante DIGEMID):

6n. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

6ñ. RAZÓN SOCIAL:

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° 259 DEL TUPA/MINSA)

- 1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, que incluya número y fecha de la constancia de pago.
- 2. Copia del contrato entre las partes relacionado al servicio a brindar, de acuerdo a lo establecido en las Buenas Prácticas de Almacenamiento
- 3. Croquis de distribución interna del almacén considerando las áreas exclusivas o compartidas incluyendo las climatizadas y refrigeradas, indicando el volumen máximo de almacenamiento en metros cúbicos, en formato 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 FALSEDADE 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