

**FORMATO A-SA**  
Solicitud - Declaración Jurada**AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LAS  
DROGUERÍAS O ALMACENES ESPECIALIZADOS QUE  
ENCARGUEN EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO**

N° DE EXPEDIENTE:

**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. INFORMACIÓN DEL ALMACÉN O ALMACENES QUE ENCARGA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO**

(Según lo autorizado ante DIGEMID)

ALMACEN N°: .....

6a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.: 6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.: 6c. DISTRITO:  6d. PROV.:  6e. 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:



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

Dirección de Inspección y Certificación

ALMACEN N°: .....

6h. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
6i. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
6j. DISTRITO:		6k. PROV.:	6l. 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 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