



DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS Y  
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO B**  
**Solicitud - Declaración Jurada**

NO DIRECCION TECNICA

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

1. PROFESION:	<input type="text"/>	N° DE COLEGIATURA:	<input type="text"/>
<small>LEGIBLE, OBLIGATORIO</small>			
2. NOMBRE Y APELLIDOS:	<input type="text"/>		
3. CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>	4. TELEFONO	<input type="text"/>
5. DOMICILIO: (Av, Jr, Calle)	<input type="text"/>		
6. NÚMERO	<input type="text"/>	7. INTERIOR	<input type="text"/>
8. MANZANA	<input type="text"/>	9. LOTE	<input type="text"/>
10. DISTRITO:	<input type="text"/>	11. PROVINCIA:	<input type="text"/>
12. DEPARTAMENTO:	<input type="text"/>		
13. DEPARTAMENTO DONDE SE TRASLADA:	<input type="text"/>		

**NOTA: LLENAR SOLO SI EL TRAMITE SOLICITA UN TERCERO: (Debera adjuntar carta poder)**

14. APELLIDOS Y NOMBRES:	<input type="text"/>		
15. N° DE DOCUMENTO DNI:	<input type="text"/>		
16. CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>	17. TELEFONO	<input type="text"/>
18. DOMICILIO: (Av, Jr, Calle)	<input type="text"/>		
19. NÚMERO	<input type="text"/>	20. INTERIOR	<input type="text"/>
21. MANZANA	<input type="text"/>	22. LOTE:	<input type="text"/>
23. DISTRITO:	<input type="text"/>	24. PROVINCIA:	<input type="text"/>
25. DEPARTAMENTO:	<input type="text"/>		

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.

**Numeración del Expediente: en la parte inferior derecha colocará el número de folio, que sera a partir de la hoja de atrás hacia adelante. No se admite en el expediente enmendaduras.**

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del profesional

\_\_\_\_\_  
Firma del tercero Solicitante

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Puno, ..... de ..... Del 20.....