



**DECLARACIÓN JURADA DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA
DE TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL
RAMO DE INTERÉS SANITARIO**

Versión: 01

Código: DNPF-F-013

Página 1 de 5

Número de expediente: _____

Yo, _____, de nacionalidad _____,
mayor de edad, con número de identidad _____ estado civil _____
con Documento Nacional de Identificación (DNI) No / Pasaporte No. (extranjero)
_____, con domicilio en
_____ actuando en mi
condición: personal , profesional responsable , representante legal , apoderado legal
de la Empresa Mercantil denominada
_____ que comparezco a solicitar la
Modificación de Licencia Sanitaria de Transporte de Productos Farmacéuticos y Otros del
Ramo de Interés Sanitario, con la siguiente información:

Datos de la Empresa:

Nombre de la empresa:	
RTN:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Número de teléfono y correo electrónico del representante legal o propietario:	
No. del documento de identificación del representante legal o propietario:	

Datos del Vehículo:

Marca del vehículo:	
Modelo de vehículo:	
Tipo de vehículo:	
Número de Motor:	
Número de VIN o Chasis:	
Año del vehículo:	
Número de placa:	



**DECLARACIÓN JURADA DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA
DE TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL
RAMO DE INTERÉS SANITARIO**

Versión: 01

Código: DNPF-F-013

Página 2 de 5

Datos del Representante Legal o Apoderado Legal:

Nombre completo:	
Dirección exacta:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
No. de Documento Nacional de Identificación (nacional) / Pasaporte (extranjero):	
Número de colegiación (CAH) firmado y sellado (cuando aplique):	

Descripción específica del tipo de productos farmacéuticos a transportar y las condiciones en las que se realizará

--

DECLARO que la información brindada, y la documentación anexada al expediente de solicitud de Modificación de Licencia Sanitaria, cumple con lo establecido en la normativa aplicable. De igual manera, es mi responsabilidad cumplir con la normativa establecida y requerida por la Agencia de Regulación Sanitaria para la regulación de los vehículos que transportan productos farmacéuticos sujetos a Licencia Sanitaria. En caso de no cumplir con la normativa, y si los productos transportados en el vehículo provocan un daño o perjuicio a terceros, conozco la responsabilidad administrativa, civil y/o penal con la que responderé.

Declaro además que, acepto y conozco la responsabilidad civil, administrativo y penal de mi representada, por la veracidad de la información y documentos entregados, y en el supuesto que sea inexacta, incorrecta, incompleta o falsa, responderé en mi condición personal y como representante legal a los procesos y sanciones administrativas, civiles, o penales a que haya lugar, conociendo la pena por **FALSO TESTIMONIO**.



**DECLARACIÓN JURADA DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA
DE TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL
RAMO DE INTERÉS SANITARIO**

Versión: 01

Código: DNPF-F-013

Página 3 de 5

En la ciudad de _____ para los efectos oportunos extendiendo
la presente Declaración Jurada, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y Sello
Representante Legal o Apoderado Legal.