



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

Versión: 01

Código: DNPF-F-012

Página 1 de 5

Yo _____, de nacionalidad _____
mayor de edad, estado civil _____, con Documento Nacional de Identificación
(DNI) No / Pasaporte No. (extranjero) _____ estado civil
_____ con _____ domicilio _____ en

_____, actuando en mi condición: personal , profesional responsable ,
representante legal , apoderado legal de la Empresa Mercantil denominada
_____ que comparezco a solicitar nueva
Licencia Sanitaria de Transporte de Productos Farmacéuticos y Otros del Ramo de Interés
Sanitario por 2 , 4 , 6 años, con la siguiente información:

Datos de la Empresa:

Nombre:	
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 NUEVA DE LICENCIA SANITARIA DE
TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL RAMO
DE INTERÉS SANITARIO**

Versión: 01

Código: DNPF-F-012

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 Licencia Sanitaria nueva, cumple con lo establecido en la normativa aplicable. De igual manera, conozco mi responsabilidad de 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 que conozco la responsabilidad a civil, administrativa y penal de mi representada, por la veracidad de la información y documentos entregados y de ser 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 NUEVA DE LICENCIA SANITARIA DE
TRANSPORTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTROS DEL RAMO
DE INTERÉS SANITARIO**

Versión: 01

Código: DNPF-F-012

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.