

PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA
DINAS PENANAMAN MODAL, PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU DAN TENAGA KERJA
Jl. Kenari No. 13 Telp. (0413) 84241 Bulukumba 92511

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KEDUA
NOMOR : 031/DPMPTSPTK-SIPA/VIII/2022

Berdasarkan Rekomendasi teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba nomor : 3513/07-04/5.3/VIII/2022 tanggal 09 Agustus 2022, Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Kabupaten Bulukumba memberikan Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kepada :

Nama Lengkap	: Apt. MARIANA AKHFAR, S. Farm
Tempat / Tanggal Lahir	: Sinjai, 30 Oktober 1986
Alamat Rumah	: BTN Graha Fuad Arafah E/7 Kel.Bintarore Kec. Ujung Bulu Kab. Bulukumba
No. STRA	: 27,2802/PP. IAI-UNIMERZ/III/2022
Masa berlaku STRA sampai	: 30 Oktober 2027
No. Rekomendasi IAI	: REK-000021/PC IAI/Kab. Bulukumba/08/2022
Untuk melakukan praktik di	
Nama Tempat Praktik	: Puskesmas Caile
Alamat	: Jl. Jend. Ahmad Yani Kel. Caile Kec. Ujung Bulu Kab. Bulukumba
Waktu Praktik	: Hari : Senin s/d Sabtu Jam : 07.30 s/d 14.00 Wita
Masa Berlaku SIPA sampai	: 30 Oktober 2027

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang - undangan.
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.



Dikeluarkan di : Bulukumba
Pada Tanggal : 22 Agustus 2022

KEPALA DINAS

FERRYAWAN Z FAHMI, S.STP.,M. AP

Pangkat : Pembina Tk. I

Nip : 19820212 200212 1 001

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat kesehatan
2. Ketua Komite Farmasi Nasional
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba



**PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU**

Jl. Ahmad Yani, Kelurahan Caile No. Hp. 082348675757, Kode Pos 92512

**KEPUTUSAN KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU KABUPATEN BULUKUMBA**

NOMOR : 020/DPMPTSP/II/2025

TENTANG

PERIZINAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT BLUD UPT PUSKESMAS CAILE

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KABUPATEN BULUKUMBA,**

Menimbang : a. bahwa dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan primer kepada masyarakat, dibutuhkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas;

b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 28 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu tentang Perizinan Pusat Kesehatan Masyarakat;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

2. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

3. Undang-Undang Nomor 129 Tahun 2024 tentang Kabupaten Bulukumba di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 315, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7066);

4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 138 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1956);

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 1039);

Memperhatikan : Rekomendasi teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba nomor : 000.1.5/517/DINKES tanggal 15 Januari 2025.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- KESATU : Perizinan Pusat Kesehatan Masyarakat BLUD UPT PUSKESMAS CAILE, yang beralamat di JL. Jend. Ahmad Yani Kelurahan Caile Kecamatan Ujung Bulu Kabupaten Bulukumba.
- KEDUA : Kategori Pusat Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud diktum KESATU yakni Puskesmas Non Rawat Inap di Kawasan Perkotaan.
- KETIGA : Perizinan Pusat Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud diktum KESATU berlaku selama 5 (Lima) tahun terhitung sejak tanggal ditetapkan dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.
- KEEMPAT : Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KELIMA : Keputusan Kepala Dinas ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan didalamnya akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bulukumba
Pada Tanggal : 24 Januari 2025



	Plt. Kepala DPMPTSP Drs. MUHAMMAD DAUD KAHAL, M.Si Pangkat : Pembina Utama Muda/IV.c Nip 19680105 199703 1 011
---	---

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurhidayah S-kep. NS
Tempat/Tgl lahir : Butta kelce / 13 Juli 1973
Alamat : BTN Bumi Tirta Nusantara Bulukumba

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari Puskesmas Caila
menyatakan bersedia dan berkomitmen untuk memenuhi persyaratan kerja sama
dengan PT. SAMPHARINDO PUTRA TRADING CABANG MAKASSAR, dengan rincian
persyaratan sebagai berikut:

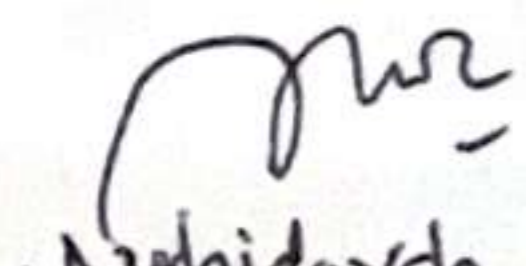
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "transfer" ke rekening resmi
PT. Samphrindo Putra Trading
BCA (REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami atau langsung ke kontak admin
WA (0822-9073-1208)
3. "Tidak" melakukan pembayaran dengan cara cash/tunai/transfer ke rekening salesman
4. Melengkapi SP (Surat Pesanan) asli dari setiap transaksi order, dengan cara menitipkan langsung
ke pihak ekspedisi setelah barang/pesanan di terima

Demikian surat pernyataan ini diterbitkan, demi terciptanya keamanan dan kenyamanan transaksi
antara outlet dan distributor.

Atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Bulukumba 17, 05, 2025

Menyetujui,


(Nurhidayah S-kep. NS)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Puskesmas Caile

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Jend. Ahmad Yani
Kelurahan Caile, Kecamatan Ujung Bulu, Bulukumba

No NPWP (*) : 20.928.305.0.806.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 020/PPMP/ISL/I/2025



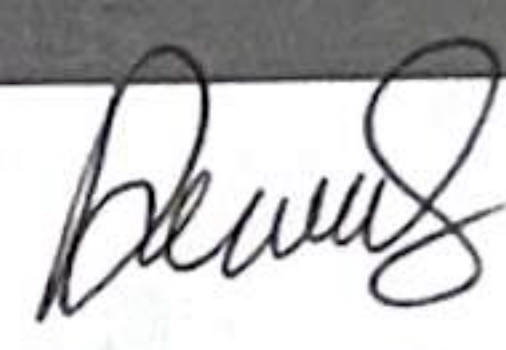

dan Toko Obat) Masa berlaku

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB PBF (*) : Masa Berlaku

APJ / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Mariana Achfar	031/PPMP/ISL/SIPA/VI/2022	22-8-2022	
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet (*)
					
Nama : MARIANA ACHFAR	Nama :	Nama : Pusqah Munir Akhsan	Nama :	Nama : Sri Hardiana Saraswati	

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) : Anugrah Iin Pusrezky Skp-NS

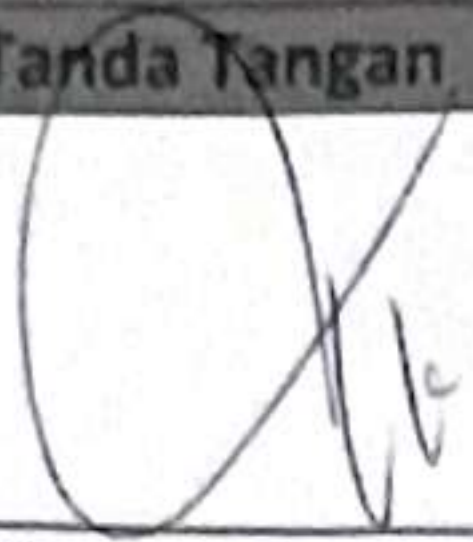

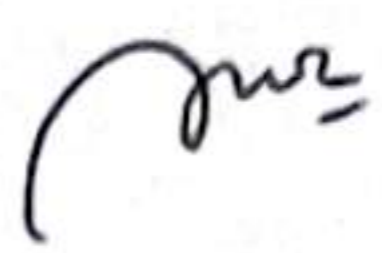
Handphone : 0822 9383 2283 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Mariana Achfar S. Faru, Apt

Handphone : 0822 9122 7890 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Nurhidayah Skp-NS

Handphone : 0813 9266 7634 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : Anugrah Iin ngresky Skry. NS	Nama :	Nama : Mariana Abdhar spm Aik	Nama :	Nama : Wulandari Skry. NS	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh	
Marketing	Keuangan	APJ	
Nama :	Nama :	Nama :	
Tgl :	Tgl :	Tgl :	

Keterangan:

- (*) wajib di isi
- Harap untuk melampirkan semua dokumen dalam bentuk HardCopy bersama spesimen

