



N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO A-1 FARES**

Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:**

- a) FUNCIONAMIENTO DE:
- b) TRASLADO DE:

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES  
SANITARIAS: <https://forms.gle/FW hu8JYXpDXMDs7J8>

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

1. CLASE:	PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>	RUC N°: <input type="text"/>
3. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>	
4. CATEGORIA	(Según RUC)	5. CLASIFICACIÓN
<input type="text"/>	(Según RENIPRESS)	<input type="text"/>
5. DIRECCIÓN:	<input type="text"/>	
(Av,Jr, Carr)	NÚMERO <input type="text"/>	INTERIOR <input type="text"/>
	MANZANA <input type="text"/>	LOTE <input type="text"/>
URB./AA.HH:	<input type="text"/>	
6. DISTRITO:	<input type="text"/>	7. PROVINCIA: <input type="text"/>
8. GEOREFERENCIACIÓN	<input type="text"/>	

**INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

9. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>	CARGO	<input type="text"/>

**CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS**

10.

**LEGIBLE, OBLIGATORIO**

AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

11. DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (EES)			
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>	TELEFONO	<input type="text"/>
12. CORREO ELECTRONICO DEL EESS	<input type="text"/>	8. TELEFONO	<input type="text"/>

**LEGIBLE, OBLIGATORIO**

**13. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**14. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO DE LA FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (FARES)**

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**INFORMACIÓN DE LOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS QUE LABORAN EN LA FARES**

De acuerdo al Art.41 del D.S. N° 014-2011 "El Director Técnico debe permanecer en el establecimiento durante las horas de funcionamiento del mismo..." "Solo debe existir un Director Técnico por establecimiento farmacéutico el mismo que deberá cumplir con los requisitos del Artículo 12° del presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico y Químicos Farmacéuticos asistentes que permanecerán en el establecimiento farmacéutico durante el horario de atención al público. Asimismo, deberá indicar si en el establecimiento farmacéutico manejaran Drogas.

**15. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.**

APELLIDOS

NOMBRES

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**HORARIO DE LABOR**

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**16. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):**

APELLIDOS

NOMBRES

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**HORARIO DE LABOR**

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**17. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):**

APELLIDOS

NOMBRES

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**HORARIO DE LABOR**

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**18. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):**

APELLIDOS

NOMBRES

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**HORARIO DE LABOR**

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO****19. ÁREAS TÉCNICAS COMO UNIDAD PRODUCTORA FARMACIA (CUANDO CORRESPONDA)****19.1. GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS** 

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP

**19.2 DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS** 

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP

**19.3 FARMACOTECNIA** 

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP

**19.4 FARMACIA CLÍNICA** 

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP

**19.5 OTRAS:** **20. EL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?**

SI

NO

**21. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:**

SI

ESTUPEFACIENTE

NO

**22. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:**

SI

PSICOTROPICO  
LISTA IVB

NO

PRECURSORES

**DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):****23. UBICACIÓN ANTERIOR:**

DISTRITO:

PROVINCIA:

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE****24. N° DE RECIBO DE PAGO****IMPORTE****FECHA DE PAGO**

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial N° 554-2022/MINSA del 26 de julio del 2022, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. El establecimiento entrará en funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorización Sanitaria establecido en el Artículo 21 de la Ley N° 29459.

**REQUISITOS**

1

Solicitud con carácter de Declaración Jurada (**FORMATO A-1**) dirigida a la autoridad regional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios o quien haga sus veces, que incluya número y fecha de la constancia de pago

2

Croquis de distribución interna del establecimiento, indicando los metrajés de cada área, en formato A-3. (suscrito por director Técnico del Establecimiento de Salud y Director Técnico de la FARES).  
Para las farmacias de los establecimientos de salud, además debe incluir las áreas técnicas de la unidad productora de servicio

3

Si la farmacia o botica va a realizar preparados farmacéuticos, croquis de distribución interna del área de preparados, en formato A-3.

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Profesional. Adjuntar copia de DNI y Título profesional en caso de no encontrarse registrado en el Padrón Nacional de Directores Técnicos de DIGEMID

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.

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER COMUNICADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS..

**Adjunto expediente en Original y Copia**

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

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Director Técnico

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Propietario o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente

\_\_\_\_\_  
Sello del Establecimiento Farmacéutico

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente