



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO A

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO

b) TRASLADO

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS: <https://forms.gle/FWphu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	FARMACIA <input type="checkbox"/>	BOTICA <input type="checkbox"/>	BOTIQUÍN <input type="checkbox"/>
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		RUC N°: <input type="text"/>
3. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
(Según RUC)			
4. 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"/>		
5. DISTRITO:	<input type="text"/>	6. PROVINCIA:	<input type="text"/>
6. GEOREFERENCIACIÓN	<input type="text"/>		
7. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO			
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De.. A: ...)	Especificar las Horas (De.. A: ...)	
<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>		

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

8. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>	TELEFONO	<input type="text"/>

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

9.

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 DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

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 manejarán Drogas.

10. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:
 C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

11. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días 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	_____	_____			

12. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:
 C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

13. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días 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

14. ACTIVIDADES

14.1 DISPENSACION Y EXPENDIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

14.2 ESPECIALIZADA EN:

14.2.1 LA DISPENSACION Y EXPENDIO DE ALGUN TIPO DE PRODUCTO O DISPOSITIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN

TERAPEUTICA

DESCRIBIR EL PRODUCTO O DISPOSITIVO:

.....

14.2.2 PREPARADOS FARMACÉUTICOS

SI NO

FORMULAS MAGISTRALES OFICINALES HOMEOPÁTICOS

15. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?

SI NO

16. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS SANITARIOS COMPLEMENTARIOS:

ART. 35 y 55 DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

SI NO

ESPECIFICAR:

17. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI ESTUPEFACIENTE
 NO

18. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO
 NO LISTA IVB
 PRECURSORES

DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

19. UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO: PROVINCIA:

PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE

20. 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) 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 metrajes de cada área, en formato A-3. (suscrito por Propietario / Representante Legal y Director Técnico)
- 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