



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE SALUD  
PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS Y  
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

## FORMATO D-1

Solicitud - Declaración Jurada

### AUTORIZACIÓN SANITARIA ALMACÉN ESPECIALIZADO:

- a) FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS
- b) TRASLADO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS

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

#### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT, o autorizado)

1. RAZON SOCIAL:
2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:  N°. REGISTRO DE EF
3. NOMBRE COMERCIAL:

#### 4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (En caso de Traslado consignar la nueva direccion)

Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>	DPTO.:	<input type="text"/>
Georeferenciación	<input type="text"/>				
Correo Electronico:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>		

LEGIBLE, OBLIGATORIO

#### 5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (En caso de traslado consignar la nueva dirección, acorde con la dirección consignada en el RUC)

Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>	DPTO.:	<input type="text"/>
Georeferenciación	<input type="text"/>				

CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO  SI

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

RAZÓN SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL:

#### 6. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE SU ESTABLECIMIENTO:

Marcar días con X	Especificar Horas (De:.. A: ... )	Marcar días con X	Especificar 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"/> MIÉRCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>		

#### PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

7. APELLIDOS:  NOMBRES:

DNI

TELÉFONO

**CORREO ELECTRÓNICO DE PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRAT.**

8.

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**

**9. DIRECTOR TÉCNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):**

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO**

Marcar días con X Especificar Horas (De:.. A: ... ) Marcar días con X Especificar 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	_____	_____			

**10 QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):**

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**HORARIO DE LABOR DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE**

Marcar días con X Especificar Horas (De:.. A: ... ) Marcar días con X Especificar 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	_____	_____			

**ACTIVIDADES (Marcar con X, Solo en caso de autorizacion de funcionamiento):**

**11. IMPORTACION, COMERCIALIZACION, EXPORTACION, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCION DE:**

**A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

- 1. MEDICAMENTOS:
  - ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS
  - AGENTES DE DIAGNOSTICO
  - RADIOFÁRMACOS
  - GASES MEDICINALES
- 2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:
  - PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD
  - RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD
- 3. PRODUCTOS GALÉNICOS
- 4. PRODUCTOS DIETÉTICOS
- 5. PRODUCTOS EDULCORANTES
- 6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS
- 7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS
- 8. MEDICAMENTOS HERBARIOS

**C). PRODUCTOS SANITARIOS**

- 1 PRODUCTOS COSMÉTICOS
- 2 PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL
- 3 PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA
- 4 ARTÍCULOS SANITARIOS

**B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:**

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en materia de Riesgo
	No Estéril	Estéril			
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)				<input type="checkbox"/>	

**COMERCIALIZACIÓN DE PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PRECURSORAS**12. Marca SI; indicar: SI  NO Psicotropicos Lista IVB SI  NO Estupefacientes SI  NO Precursores SI  NO **DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):**

13. UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO:

PROVINCIA:

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**

14. N° CONSTANCIA DE PAGO

IMPORTE

DÍA DE PAGO

**REQUISITOS**

1

Solicitud con carácter de Declaración Jurada (**FORMATO D-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 y del almacén, indicando e volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formato A-3. (suscrito por Propietario / Representante Legal y Director Técnico)

3

Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda

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.

**Adjunto expediente en Original y Copia**

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

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Director o Representante Legal  
y Sello del Establecimiento Farmacéutico