



N° DE EXP:

FECHA:

| <b>FORMATO D-2</b>   |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Solicitud - Declaración Jurada</b>  |                          |
| <b>AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CAMBIOS MODIFICACIONES O AMPLIACIONES DE</b>                        |                          |
| MODIFICACION DE ACTIVIDADES<br>(Consignar toda las actividades con las que quedarán autorizadas) | <input type="checkbox"/> |
| MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACÉN   | <input type="checkbox"/> |
| OTROS:.....  | <input type="checkbox"/> |

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS: <https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)**

|   |  |                      |  |                      |  |                      |  |
|---|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|
| 1. RAZON SOCIAL:  |  |                      |  | <input type="text"/> |  |                      |  |
| 2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:   |  | <input type="text"/> |  | N°. REGISTRO DE EF   |  | <input type="text"/> |  |
| 3. NOMBRE COMERCIAL: <input type="text"/>   |  |                      |  |                      |  |                      |  |
| 4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Congruente con la dirección consignada en el RUC) |  |                      |  |                      |  |                      |  |
| Calle / Jiron / Avenida:  |  |                      |  | N°:                  |  | INT.:                |  |
| <input type="text"/>  |  |                      |  | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| URB./AA.HH./PP.JJ.:   |  |                      |  | MZ.                  |  | LOTE.:               |  |
| <input type="text"/>  |  |                      |  | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| DISTRITO:   |  | PROV.:               |  | DPTO.:               |  |                      |  |
| <input type="text"/>  |  | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |                      |  |
| Correo Electronico:   |  |                      |  | Telefono:            |  |                      |  |
| <input type="text"/>  |  |                      |  | <input type="text"/> |  |                      |  |

LEGIBLE, OBLIGATORIO

|  |  |                      |  |                             |  |                             |  |
|--|--|----------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| 5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)                     |  |                      |  |                             |  |                             |  |
| Calle / Jiron / Avenida:   |  |                      |  | N°:                         |  | INT.:                       |  |
| <input type="text"/>   |  |                      |  | <input type="text"/>        |  | <input type="text"/>        |  |
| URB./AA.HH./PP.JJ.:  |  |                      |  | MZ.                         |  | LOTE.:                      |  |
| <input type="text"/>   |  |                      |  | <input type="text"/>        |  | <input type="text"/>        |  |
| DISTRITO:  |  | PROV.:               |  | DPTO.:                      |  |                             |  |
| <input type="text"/>   |  | <input type="text"/> |  | <input type="text"/>        |  |                             |  |
| CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO:  |  |                      |  | NO <input type="checkbox"/> |  | SI <input type="checkbox"/> |  |
| INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si): |  |                      |  |                             |  |                             |  |
| REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:   |  |                      |  | <input type="text"/>        |  |                             |  |
| RAZÓN SOCIAL:  |  |                      |  | <input type="text"/>        |  |                             |  |
| NOMBRE COMERCIAL:  |  |                      |  | <input type="text"/>        |  |                             |  |

**PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

|               |  |                      |  |          |  |                      |  |
|---------------|--|----------------------|--|----------|--|----------------------|--|
| 6. APELLIDOS: |  | <input type="text"/> |  | NOMBRES: |  | <input type="text"/> |  |
| DNI           |  | <input type="text"/> |  | TELÉFONO |  | <input type="text"/> |  |

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

|  |  |
|--|--|
| 7. <input type="text"/>  |  |
| 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 |  |
| <input type="checkbox"/>   |  |

**DIRECTOR TÉCNICO**

|               |  |                      |  |          |  |                      |  |
|---------------|--|----------------------|--|----------|--|----------------------|--|
| 8. APELLIDOS: |  | <input type="text"/> |  | NOMBRES: |  | <input type="text"/> |  |
| C.Q.F.P. N°:  |  | <input type="text"/> |  | DNI      |  | <input type="text"/> |  |
| email         |  | <input type="text"/> |  | TF:      |  | <input type="text"/> |  |

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**ACTIVIDADES: CONSIGNAR X SÓLO EN CASO DE MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES:**

**9. IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN 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

9. DERIVADO DEL CANNABIS PARA USO MEDICINAL

- MEDICAMENTO HERBARIO
- ESPECIALIDAD FARMACEUTICA
- PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD

**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             | CLASE III, de            | CLASE IV, Críticos       |
|   | No Estéril               | Estéril                  | Moderado Riesgo          | Alto Riesgo              | en mater. de Riesgo      |
| 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**

|                         |                             |                             |                 |   |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|---|
| 10. Marca SI; indicar:  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                 |   |
| Psicotropicos           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Estupefacientes | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Psicotropicos Lista IVB | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |                 |   |

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**

|                              |                      |         |                      |             |                      |
|------------------------------|----------------------|---------|----------------------|-------------|----------------------|
| 11. N° DE CONSTANCIA DE PAGO | <input type="text"/> | IMPORTE | <input type="text"/> | DÍA DE PAGO | <input type="text"/> |
|------------------------------|----------------------|---------|----------------------|-------------|----------------------|

**REQUISITOS:**

- 1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada (**FORMATO D-2**) 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. **Copia del documento que sustente el cambio, cuando corresponda:**  
Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el 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)

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.

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 Propietario o Representante Legal

www.diresapuno.gob.pe y Sello del Establecimiento Farmacéutico