



DIRECCIÓN REGIONAL DE

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

<b>FORMATO D</b>	
Solicitud - Declaración Jurada	
<b>AUTORIZACIÓN SANITARIA DE DROGUERÍA:</b>	
a) FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIA	<input type="checkbox"/>
b) TRASLADO DE:	
- DROGUERÍA (OF. ADMINISTRATIVA + ALMACÉN)	<input type="checkbox"/>
- ALMACÉN	<input type="checkbox"/>

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

**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:				<input type="text"/>				N°:		<input type="text"/>			
URB./AA.HH./PP.JJ.:				<input type="text"/>				MZ.		<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: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)													
Calle / Jiron / Avenida:				<input type="text"/>				N°:		<input type="text"/>			
URB./AA.HH./PP.JJ.:				<input type="text"/>				MZ.		<input type="text"/>			
DISTRITO:			<input type="text"/>			PROV.:		<input type="text"/>		DPTO.:		<input type="text"/>	
Georeferenciación				<input type="text"/>									
<b>CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO:</b> 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"/>									

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

**PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

7. 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 ADMINISTRAT.**

8. <input type="text"/>	
<b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>	
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"/>	

**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"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<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"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

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

**11. 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					
12. Marca SI; indicar:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Psicotropicos Lista IVB	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Estupefacientes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Precursores	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
<b>DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):</b>					
13. UBICACIÓN ANTERIOR:	<input type="text"/>				
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>		
<b>PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE</b>					
14. N° CONSTANCIA DE PAGO	<input type="text"/>	IMPORTE	<input type="text"/>	DÍA DE PAGO	<input type="text"/>
<b>REQUISITOS:</b>					
<input type="checkbox"/>	1	Solicitud con carácter de Declaración Jurada ( <b>FORMATO D</b> ) 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			
<input type="checkbox"/>	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)			
<input type="checkbox"/>	3	Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda			
El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de <b>HÁBIL</b> , 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 Propietario o Representante Legal  
y Sello del Establecimiento Farmacéutico