



DIRECCIÓN REGIONAL DE  
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS Y  
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO LC**  
**Solicitud - Declaración Jurada**

**LICENCIA PARA COMERCIALIZACION DE CANNABIS Y  
SUS DERIVADOS PAR USO MEDICINAL**

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (SEGÚN LO AUTORIZADO POR DIREMID)**

1. CLASE:	FARMACIA <input type="checkbox"/>	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA DE EESS <input type="checkbox"/>	BOTIQUIN <input type="checkbox"/>
2. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/> (Según RUC)			
3. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>			
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	<input type="text"/>			
5. DISTRITO:	<input type="text"/>	6. PROVINCIA:	<input type="text"/>	
7. DIRECCION: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>			
7.1. URB./AA.HH:	<input type="text"/>			
7.2. NUMERO	<input type="text"/>	7.3. INTERIOR:	<input type="text"/>	7.4. MANZANA: <input type="text"/>
7.5. LOTE:	<input type="text"/>			
8. N° DE CERTIFICADO DE BPOF:	<input type="text"/>			
8.1 FECHA DE EMISION DE CERTIFICADO DE BPOF:	<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"/>	N° CELULAR	<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 PROFESIONAL QUE LABORA 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.

**11. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.**

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

LEGIBLE, OBLIGATORIO

12. N° DE RECIBO DE PAGO  IMPORTE  DÍA DE PAGO

Profesional Director Técnico debe encontrarse en situación de HÁBIL, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Químico Farmacéutico del Perú.

13. RELACION DE PRODUCTOS A COMERCIALIZAR:

ESPECIALIDAD FARMACEUTICA  
MEDICAMENTO HERBARIO  
PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD  
PREPARADO FARMACEUTICO DERIVADO DE CANNABIS


FUNDAMENTE LO MARCADO:

.....

.....

.....

**REQUISITOS, adjuntar en el orden que la numeración indica**

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Declaracion Jurada de comercializacion exclusiva a pacientes Registrados como usuarios del Cannabis y derivados para su uso Medicinal y Terapeutico.  |
| 2 | Copia del protocolo de seguridad por el MININTER de acuerdo a lo establecido en el reglamento (Decreto Supremo N° 005-2019-SA)  |
| 3 | Declaracion Juarad del representante legal y de personas vinculadas con la seguridad y manipulacion de contar con Antecedentes policiales, penales y judiciales por delito de tráfico ilicitude drogas y conexos. |

EN CASO DE FALSEDAD DE INFORMACION O EN LA DOCUMENTACION PRESENTADA, LA AUTORIDAD AUTORIDAD ADMINISTRADA PODRA INICIAR LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS SANCIONATORIAS ADEMAS DE SOLICITAR A LA PROCADURIA PUBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD EL INICIO DE LAS ACCIONES PENALES CORRESPONDIENTES.

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

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

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Director Tecnico/Quimico  
Farmacéutico.