



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO A-4
Solicitud - Declaración Jurada**VISACIÓN DE LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE
ESTUPEFACIENTES Y/O CONTROL DE PSICOTRÓPICOS**LIBRO DE OCURRENCIAS
ESTUPEFACIENTE IIA
PSICOTROPICO (IIIA, IIIB, IIIC)
Otros..... Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:
<https://forms.gle/FWVu8JYXpDXMDs7J8>**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

1. CLASE:	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA <input type="checkbox"/>		
	FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <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. CALLE: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>			
7a URB./AA.HH:	<input type="text"/>			
8. NÚMERO	<input type="text"/>	9. INTERIOR <input type="text"/>	10. MANZANA <input type="text"/>	11. LOTE <input type="text"/>
12. CORREO ELECTRONICO DEL EEF	<input type="text"/>	13. TELEFONO	<input type="text"/>	
<small>LEGIBLE, OBLIGATORIO</small>				
13. N° DE RESOLUCION DE AUTORIZACION S. DE FUNCIONAMIENTO	<input type="text"/>			
14. FECHA DE EMISION DE LA RESOLUCION	<input type="text"/>			

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>	
16. CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>	17. TELEFONO	<input type="text"/>	
<small>LEGIBLE, OBLIGATORIO</small>				

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 manejaran Drogas.

18. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.APELLIDOS: NOMBRES:
C.Q.F.P. N°: email DNI TF:
LEGIBLE, OBLIGATORIO**19. CORREO ELECTÓNICO DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS**
LEGIBLE, OBLIGATORIO20. N° DE RECIBO DE PAGO 21. MONTO DE PAGO 22. DÍA DE PAGO **ADJUNTAR:**23. LIBRO A VISAR
24. LIBRO ANTERIOR SI CORRESPONDE

25. REQUISITOS, adjuntar en el orden que la numeración indica

Confirmar requisitos adjuntos, marcando



- 1 Solicitud con carácter de Declaración jurada en FORMATO A -4
- 2 Denuncia policial en caso de pérdida
- 3 Adjuntar copia de última hoja en caso de renovación de libro
- 4 Libro para visación
- 5 Recibo de pago por derecho de trámite

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 SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

Numeración del Expediente: en la parte inferior derecha colocará el número de folio, que será a partir de la hoja de atrás hacia adelante. No se admite en el expediente enmendaduras.

Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello del Establecimiento Farmacéutico

Puno, de Del 20.....

Firma del Solicitante (Propietario o Director Técnico)

Nombre y Apellidos

DNI