



N° DE EXP:

FECHA:

## FORMATO A

Solicitud - Declaración Jurada

### AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO

b) TRASLADO

### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: FARMACIA  BOTICA  BOTIQUÍN

2. RAZON SOCIAL:

3. RUC N°:  N° de Registro de EF

4. NOMBRE COMERCIAL:   
(Según RUC)

5. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

DNI  6. TELEFONO

7. DIRECCIÓN:   
(Av,Jr, Carr)

8.NÚMERO  9. INTERIOR  10.MANZANA  11.LOTE

12. URB./AA.HH:

13. DISTRITO:  13. PROVINCIA:

14. GEOREFERENCIACIÓN

15. CORREO ELECTRONICO DEL EEF  16. TELÉFONO   
**LEGIBLE, OBLIGATORIO**

### CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL, AUTORIZADO PARA NOTIFICAR LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

17.   
**LEGIBLE, OBLIGATORIO**

### INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

18. ACTIVIDADES

18.1 DISPENSACION Y EXPENDIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

18.2 ESPECIALIZADA EN:

18.2.1 LA DISPENSACION Y EXPENDIO DE ALGUN TIPO DE PRODUCTO O DISPOSITIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN TERAPEUTICA

DESCRIBIR EL PRODUCTO O DISPOSITIVO:

.....

18.2.2 PREPARADOS FARMACÉUTICOS

SI  NO

FORMULAS MAGISTRALES

OFICINALES

HOMEOPÁTICOS

19. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?

SI  NO

20. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS SANITARIOS COMPLEMENTARIOS: ART. 35 y 55 DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

SI  NO

ESPECIFICAR:

21. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI  ESTUPEFACIENTE   
NO

22. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE SI  PSICOTROPICO   
LISTA IVB   
NO  PRECURSORES

23. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días Especificar las 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 _____	

**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.

24. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

25. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las 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 _____	

26. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

27. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las 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 _____	

**28. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

C.Q.F.P. N°: \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ TF: \_\_\_\_\_

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**29. HORARIO DE LABOR**

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

**DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):**

30. UBICACIÓN ANTERIOR: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**

31. N° DE RECIBO DE PAGO \_\_\_\_\_ IMPORTE \_\_\_\_\_ FECHA DE PAGO \_\_\_\_\_

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial N° 554-2022/MINSA del 26 de julio del 2022, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. El establecimiento entrará en funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorización Sanitaria establecido en el Artículo 21 de la Ley N° 29459.

**32. REQUISITOS**

- 1 Solicitud con carácter de Declaración Jurada (FORMATO A) 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, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3
- 3 Si la farmacia o botica va a realizar preparados farmacéuticos, croquis de distribución interna del área de preparados, en formato A-3.

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.

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER COMUNICADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS.

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

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Director Técnico

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

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente