



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO D-1

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA ALMACÉN ESPECIALIZADO:

- a) FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS
- b) TRASLADO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT, o autorizado)

1. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°	<input type="text"/>	3. N° REGISTRO DE EF	<input type="text"/>
4. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
5. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
DN	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (En caso de Traslado consignar la nueva dirección)

6a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
6c. DISTRITO:	<input type="text"/>	6d. PROV.:	<input type="text"/>	6e. DPTO.:	<input type="text"/>
6f. GEOREFERENCIACIÓN:	<input type="text"/>				
6g. Correo Electronico	<input type="text"/>	6h. Telefono:	<input type="text"/>		

LEGIBLE, OBLIGATORIO

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (En caso de traslado consignar la nueva dirección, acorde con la dirección consignada en el RUC)

7a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
7c. DISTRITO:	<input type="text"/>	7d. PROV.:	<input type="text"/>	7e. DPTO.:	<input type="text"/>

7f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

7g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

7h. RAZÓN SOCIAL:

7i. GEOREFERENCIACIÓN:

8. 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"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

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

9.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

10 DIRECTOR TÉCNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

10a. APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF

LEGIBLE, OBLIGATORIO

10b. 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"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

11 QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

11a. APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF

LEGIBLE, OBLIGATORIO

11b. 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"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

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

12. 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

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 Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en materia de Riesgo
		No Estéril	Estéril			
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>		

DISTRIBUCIÓN DE PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PRECURSORAS

13. Marca SI; indicar: SI NO

Psicotropicos Lista IVB SI NO Estupefacientes SI NO

Precursores SI NO

DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

14. UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO: PROVINCIA:

PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE

15. N° CONSTANCIA DE PAGO IMPORTE DÍA DE PAGO

16. REQUISITOS

1	Solicitud con carácter de Declaración Jurada (FORMATO D-1) 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 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
3	Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda

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.

Puno, de Del 20.....

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Director o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico