

N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO D-2**  
Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CAMBIOS  
MODIFICACIONES O AMPLIACIONES DE INF.  
DECLARADA**

- MODIFICACION DE ACTIVIDADES   
(Consignar toda las actividades con las que quedarán autorizadas)
- MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACÉN
- OTROS:.....

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO** (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)

1. CLASE: DROGUERÍA  ALMACÉN ESPECIALIZADO

2. RAZON SOCIAL:

3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:  4. N° REGISTRO DE EF

5. NOMBRE COMERCIAL:

6. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS:  NOMBRES:

DNI  7. TELÉFONO

8. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

7a.Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT:	<input type="text"/>
7d.URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE:	<input type="text"/>
7e.DISTRITO:	<input type="text"/>	7f.PROV:	<input type="text"/>	7j.DPTO:	<input type="text"/>
7h.Correo Electronico:	<input type="text"/>	7i.Telefono:	<input type="text"/>		

LEGIBLE, OBLIGATORIO

9. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

8a.Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT:	<input type="text"/>
8b.URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE:	<input type="text"/>
8c.DISTRITO:	<input type="text"/>	8d.PROV:	<input type="text"/>	8e.DPTO:	<input type="text"/>

9f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO  SI

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

9g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

9h. RAZÓN SOCIAL:

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

10.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**DIRECTOR TÉCNICO**

11. **APELLIDOS:**  **NOMBRES:**   
**C.Q.F.P. N°:**  **email**  **DNI**  **TF**   
LEGIBLE, OBLIGATORIO

**ACTIVIDADES: CONSIGNAR X SÓLO EN CASO DE MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES:**

**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**

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:**

	<b>NIVEL DE RIESGO</b>				
	<b>CLASE I: De B. Riesgo</b>		<b>CLASE II, de</b>	<b>CLASE III, de</b>	<b>CLASE IV, Críticos</b>
	No Estéril	Estéril	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	en mater. de Riesgo
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"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	

**COMERCIALIZACIÓN DE PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PRECURSORAS**

13. Marca SI; indicar: **SI**  **NO**

Psicotropicos **SI**  **NO**  Estupefacientes **SI**  **NO**

Psicotropicos Lista IVB **SI**  **NO**

**DETALLE EL AREA QUE VA A MODIFICAR:**

14.

ADJUNTAR CROQUIS en hoja A-3, según lo establecido en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**

15. **N° DE CONSTANCIA DE PAGO**  **IMPORTE**  **DÍA DE PAGO**

**16. REQUISITOS:**

1	Solicitud con carácter de Declaración Jurada ( <b>FORMATO D-2</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
---	--

**Copia del documento que sustente el cambio, cuando corresponda:**

Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos

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.

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 Propietario o Representante Legal  
y Sello del Establecimiento Farmacéutico**