



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO D
Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE DROGUERÍA:

- a) FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIA
- b) TRASLADO DE:
- DROGUERÍA (OF. ADMINISTRATIVA + ALMACÉN)
 - ALMACÉN

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

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| 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"/> |
| DNI | <input type="text"/> | 6. TELÉFONO | <input type="text"/> |

7. 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"/> |
| 7b. URB./AA.HH./PP.JJ.: | <input type="text"/> | MZ. | <input type="text"/> | LOTE.: | <input type="text"/> |
| 7c. DISTRITO: | <input type="text"/> | 6d. PROV.: | <input type="text"/> | 7e. DPTO.: | <input type="text"/> |
| 7f. Georeferenciación | <input type="text"/> | | | | |
| 7g. Correo Electronico: | <input type="text"/> | 7h. Telefono: | <input type="text"/> | | |

LEGIBLE, OBLIGATORIO

8. 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"/> |
| 8f. Georeferenciación | <input type="text"/> | | | | |

8g. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI

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

8h. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

8i. RAZÓN SOCIAL:

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

9.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

10. 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"/> | MIÉRCOLES | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | DOMINGO | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | JUEVES | _____ | _____ | | | | |

11. DIRECTOR TÉCNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

11a. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. Nº: email DNI TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

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

12. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

12a. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. Nº: email DNI TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

12b. 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"/> | MIÉRCOLES | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | DOMINGO | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> | JUEVES | _____ | _____ | | | | |

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

13. IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:

A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

1. MEDICAMENTOS:

- EPECIALIDADES 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

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

- 5. PRODUCTOS EDULCORANTES
- 6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS
- 7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS
- 8. MEDICAMENTOS HERBARIOS

| NIVEL DE RIESGO | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CLASE I: De B. Riesgo | | CLASE II, de | | CLASE III, de | CLASE IV, Críticos |
| No Estéril | | Estéril | Moderado Riesgo | Alto Riesgo | en mater. de Riesgo |
| B). DISPOSITIVOS MÉDICOS: | | | | | |
| 1. | | <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"/> | |

DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

14. UBICACIÓN ANTERIOR:

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) 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 formato A-3. |
| 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 Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico