

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

CÓDIGO: INST.AS.01

PÁGINA: 1 de 4

INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O TRASLADO DE FARMACIAS Y BOTICAS: LLENADO DE FORMATO A

Se detalla los requisitos que debe presentar el administrado de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento TUPA al realizar el trámite de Autorización Sanitaria de Funcionamiento y Traslado de los establecimientos farmacéuticos: Farmacia y Boticas, así como el correcto llenado del formato Solicitud - Declaración Jurada

Numeral del Formato	Descripción	Considerar
Encabezado	Adjuntar solicitud jurada (Formato A), con la siguiente información completa:	Debe descargarse del Portal Web de DIRESA PUNO https://www.diresapuno.gob.pe/autorizaciones-sanitarias/
Encabezado	Señalar con una "x", el trámite a solicitar	Ubicado en la parte superior derecha del Formato respectivo.
2	Consignar la razón social	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC; en caso de traslado debe ser el nombre comercial autorizado ante DIGEMID. • Sólo consignar en el caso de ser persona jurídica. • No debe utilizar una clasificación de establecimiento farmacéutico que no le corresponde, Art. 4° del D.S. 014-2011-SA.
3	Consignar el número Registro Único del Contribuyente – N° de RUC. N° de Registro de EF (No aplica para funcionamiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser acorde con la ficha – RUC. • En caso de traslado, consignar el número de registro del establecimiento.
4	Consignar el nombre comercial del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC; en caso de traslado debe ser el nombre comercial autorizado ante DIREMID. • No debe utilizar una clasificación de establecimiento farmacéutico que no le corresponde, Art. 4° del D.S. 014-2011-SA.
5	Consignar el nombre y apellidos del propietario o representante legal	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC.
7	Para el caso de Boticas, Farmacias o Farmacias de Establecimiento de Salud, consignar la dirección del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

CÓDIGO: INST.AS.01

PÁGINA: 2 de 4

INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O TRASLADO DE FARMACIAS Y BOTICAS: LLENADO DE FORMATO A

14	Georeferenciación	Indicar la ubicación geográfica mediante coordenadas espaciales: latitud y longitud
17	Correo electrónico del propietario o representante legal, donde se notificarán los actos administrativos	Consignar el correo electrónico para notificar actos administrativos en forma LEGIBLE
18	Para el caso de Boticas y Farmacias, consignar las actividades a realizar	<p>Señalar si tendrá como actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dispensación y expendio de PF, DM y PS ● Especializada en: <ul style="list-style-type: none"> - Dispensación y expendio de algún tipo de producto o dispositivo según clasificación - Preparados Farmacéuticos (fórmulas magistrales, oficinales, homeopáticos)
19	Para el caso de Boticas, Farmacias y Farmacias de Establecimientos de Salud, consignar si realizará comercialización a domicilio de PF, DM y/o PS	Señalar en el recuadro que corresponda, si el EF realizará comercialización de PF, DM y PS, en concordancia con lo establecido en Art. 28 de D.S. 014-2011-SA y modificatorias.
20	Para el caso de Boticas y Farmacias, consignar si brindará servicios complementarios	<ul style="list-style-type: none"> ● Señalar si es que dentro del EF realizará algún tipo de servicio complementario, el mismo que debe especificar, debiendo contar con un ambiente adecuado para tal fin.
21 y 22	Para el caso de Boticas, Farmacias y Farmacias de Establecimientos de Salud, consignar si comercializará productos sujetos a presentación de balance	<ul style="list-style-type: none"> ● Señalar si comercializará productos sujetos a fiscalización sanitaria: psicotrópicos o estupefacientes sujetos a balance.
23	Consignar el horario de funcionamiento del establecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ● Debe ser congruente con el horario de labor del Director Técnico

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

CÓDIGO: INST.AS.01

PÁGINA: 3 de 4

**INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O
 TRASLADO DE FARMACIAS Y BOTICAS: LLENADO DE FORMATO A**

24, 25, 26, 27, 28 y 29	Consignar los datos y horario de labor del profesional Director Técnico y de ser el caso del Químico Farmacéutico Asistente.	<ul style="list-style-type: none"> ● Señalar apellidos y nombres, correo electrónico, teléfono, DNI y N° de colegiatura del profesional Director Técnico y de ser el caso del Químico Farmacéutico Asistente. ● Señalar el horario de labor del Director Técnico el cual debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento y de ser el caso del Químico Farmacéutico Asistente. ● De contar con otra Dirección Técnica o Jefatura en otro establecimiento farmacéutico, verificar los horarios de labor en cada establecimiento a fin evitar cruces de horario de labor, asimismo considerar el tiempo necesario de traslado de uno a otro establecimiento.
30	Consignar Datos anteriores en caso de TRASLADO	Indicar la ubicación anterior: Dirección, calle N°, Urb, según la dirección consignada en el registro nacional de establecimientos farmacéuticos
31	Información del Recibo de pago	Registrar el N° del recibo de pago, por el trámite solicitado, así como el importe y la fecha actual del pago
32	Requisitos: En este campo debe asegurarse que se adjunta todos los requisitos que se debe presentar para la autorización y la rúbrica del representante legal y el profesional que asumirá la Dirección Técnica.	<ul style="list-style-type: none"> ● Al final del formato solicitud – declaración jurada se debe consignar los nombres, apellidos y firma del Director Técnico, asimismo del Representante Legal y sello del establecimiento.
Adjuntar los siguientes requisitos:		
I.	Formato de solicitud - declaración jurada (FORMATO A) .	<ul style="list-style-type: none"> ● Debe consignar los datos requeridos en los campos correspondientes, legibles, claros y sin enmendaduras. ● Debe ser el formato actual y original, sin modificaciones que se encuentra disponible en el portal institucional de la página web de DIRESA Puno

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

CÓDIGO: INST.AS.01

PÁGINA: 4 de 4

**INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O
TRASLADO DE FARMACIAS Y BOTICAS: LLENADO DE FORMATO A**

II.	Croquis de distribución interna	<ul style="list-style-type: none">• Debe ser presentado en formato A-3 <p>Para el caso de Botica, Farmacias y Farmacias de Establecimientos de Salud, en el croquis de distribución interna del establecimiento farmacéutico, deberá considerar las áreas establecidas en el numeral 7.4.9 de Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, y de contar con área de preparados farmacéuticos o área de farmacotecnia, deberá considerar lo dispuesto en el numeral 7.4.11 del citado Manual.</p>
<p>Finalmente, escanear el expediente físico completo o de ser el caso en archivo PDF en una resolución claro y legible para la presentación a través de mesa partes física sito en:</p> <p>Jirón José Antonio Encinas N° 145</p> <p>o de manera virtual en el siguiente link: https://sqd.regionpuno.gob.pe/virtual/inicio.do</p>		