

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

**CÓDIGO: INST.AS.03**

**PÁGINA: 1 de 4**

**INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O TRASLADO DE DROGUERÍAS: LLENADO DE FORMATO D**

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 droguerías, así como el correcto llenado del formato Solicitud - Declaración Jurada

Numeral del Formato	Descripción	Considerar
Encabezado	Adjuntar solicitud declaración jurada (Formato D), con la siguiente información completa:	Debe descargarse del Portal Web de DIRESA PUNO <a href="https://www.diresapuno.gob.pe/autorizaciones-sanitarias/">https://www.diresapuno.gob.pe/autorizaciones-sanitarias/</a>
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"> <li>• Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC; en caso de traslado debe ser el nombre comercial autorizado ante DIGEMID.</li> <li>• Sólo consignar en el caso de ser persona jurídica.</li> <li>• No debe utilizar una clasificación de establecimiento farmacéutico que no le corresponde, Art. 4° del D.S. 014-2011-SA.</li> </ul>
2 y 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"> <li>• Debe ser acorde con la ficha – RUC.</li> <li>• En caso de traslado, consignar el número de registro del establecimiento.</li> </ul>
4	Consignar el nombre comercial del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC; en caso de traslado debe ser el nombre comercial autorizado ante DIGEMID.</li> <li>• No debe utilizar una clasificación de establecimiento farmacéutico que no le corresponde, Art. 4° del D.S. 014-2011-SA.</li> </ul>
5	Consignar el nombre y apellidos del propietario o representante legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC.</li> </ul>

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

**CÓDIGO: INST.AS.03**

**PÁGINA: 2 de 4**

**INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
 TRASLADO DE DROGUERÍAS: LLENADO DE FORMATO D**

7 y 8	<p>Para el caso de Droguerías y Almacenes Especializados, consignar la dirección de la oficina administrativa, y del almacén, Georeferenciación, correo electrónico y teléfono del establecimiento.</p> <p>Asimismo, consignar la dirección del almacén</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La dirección debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC.</li> <li>• Para la georeferenciación de la oficina administrativa y del almacén consignar el dato de longitud y latitud de ubicación de google maps</li> <li>• En caso de traslado de almacén de Droguería, Almacén Especializado, debe ser lo autorizado ante DIRESA.</li> <li>• De ser el caso consignar los interiores y/o pisos del predio en el que se ubica, la oficina administrativa y el almacén.</li> <li>• Para el caso de almacenes bajo la modalidad de encargo de servicio de almacenamiento, consignar la información del establecimiento encargado de brindar dicho servicio (Registro Único del Contribuyente - RUC, nombre comercial y razón social)</li> </ul>
9	<p>Correo electrónico del propietario o representante legal, donde se notificarán los actos administrativos</p>	<p>Consignar el correo electrónico para notificar actos administrativos en forma LEGIBLE</p>
10	<p>Consignar el horario de funcionamiento del establecimiento.</p>	<p>Debe ser congruente con el horario de labor del Director Técnico</p>
11 y 12	<p>Consignar los datos y horario de labor del profesional Director Técnico y de ser el caso del Químico Farmacéutico Asistente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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.</p>

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

**CÓDIGO: INST.AS.03**

**PÁGINA: 3 de 4**

**INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
 TRASLADO DE DROGUERÍAS: LLENADO DE FORMATO D**

13	<p>Para el caso de Droguerías, consignar con una “x” el grupo de productos o dispositivos a importar, comercializar, exportar, almacenar y/o distribuir.</p> <p>Para el caso de Almacenes Especializados, consigna con una “x” el grupo de productos o dispositivos a almacenar y/o distribuir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Señalar de acuerdo a la clasificación de productos farmacéuticos (A), dispositivos médicos (B), productos sanitarios (C) y/o recursos terapéuticos naturales (D).</li> <li>● Para el caso de almacenes bajo la modalidad de encargo de servicio de almacenamiento, las actividades deben ser acorde a las autorizadas para el establecimiento que brindará dicho servicio.</li> <li>● Para el caso de productos biológicos y reactivos de diagnóstico que requieren cadena de frío, deberá asegurarse que su almacén cuente con áreas de almacenamiento que requieren dicha condición.</li> <li>● Para el caso de gases medicinales debe contar con almacén delimitado físicamente para dicho producto.</li> </ul>
14	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
15	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
16	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"> <li>● 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.</li> </ul>
<b>Adjuntar los siguientes requisitos:</b>		
I.	Formato de solicitud - declaración jurada <b>(FORMATO D)</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Debe consignar los datos requeridos en los campos correspondientes, legibles, claros y sin enmendaduras.</li> <li>● Debe ser el formato actual y original, sin modificaciones que se encuentra disponible en el portal institucional de la página web de DIRESA Puno</li> </ul>

**INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O TRASLADO DE DROGUERÍAS: LLENADO DE FORMATO D**

II.	Croquis de distribución interna	<ul style="list-style-type: none"><li>● Debe ser presentado en formato de Hoja A-3</li><li>● Para el caso de Droguerías y Almacenes Especializados, en el croquis de distribución interna del almacén, indicar el 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, considerando lo establecido en el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento.</li></ul>
IV	Para el caso de Droguerías y Almacenes Especializados, copia del contrato de servicios de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda	Cuando el almacén es por encargo de servicio de almacenamiento, deberá verificar que la dirección del almacén que declara, sea la misma autorizada del establecimiento que brindará el servicio. Asimismo, el horario de funcionamiento y las actividades del establecimiento que encarga el servicio debe ser congruente con el horario y actividades del establecimiento farmacéutico que brindará el servicio.

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:

**Jirón José Antonio Encinas N° 145**

o de manera virtual en el siguiente link: <https://sqd.regionpuno.gob.pe/virtual/inicio.do>