

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-2

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

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

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

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

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS: NOMBRES:

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

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

A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

1. MEDICAMENTOS:
- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS ☐
 - AGENTES DE DIAGNOSTICO ☐
 - RADIOFÁRMACOS ☐
 - GASES MEDICINALES ☐

2. PRODUCTOS GALÉNICOS ☐

3. PRODUCTOS DIETÉTICOS ☐

4. PRODUCTOS EDULCORANTES ☐

5. PRODUCTOS BIOLÓGICOS ☐

6. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS ☐

7. MEDICAMENTOS HERBARIOS ☐

C). PRODUCTOS SANITARIOS

1. PRODUCTOS COSMÉTICOS ☐
2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL ☐
3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA ☐
4. ARTÍCULOS SANITARIOS (ARTICULOS PARA BEBE ☐

D). RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:

1. PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD ☐
2. RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD ☐

B). DISPOSITIVOS MEDICOS:

DISPOSITIVOS MEDICOS:	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en mater. de Riesgo
	No Estéril	Estéril			
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	☐	☐	☐	☐	☐
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	☐		☐	☐	☐
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA			☐	☐	☐
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)			☐		



PERÚ

Ministerio
de Salud



DIRESA LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD

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

6a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

6c. DISTRITO:

6d. PROV.:

6e. DPTO.:

6f. Correo Electronico declarado ante DIGEMID:

6g. Telefono:

Autorizo que a través de este **correo electrónico**, se me notifiquen todo los actos administrativos, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 20, numeral 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS.

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

7a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.:

LOTE.:

7c. DISTRITO:

7d. PROV.:

7e. DPTO.:

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°:

7i. RAZÓN SOCIAL:

8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE SU ESTABLECIMIENTO:

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

☐

LUNES

☐

MARTES

☐

MIERCOLES

☐

JUEVES

☐

VIERNES

☐

SÁBADO

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9a. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

9b. APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

9c. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

☐

LUNES

☐

MARTES

☐

MIERCOLES

☐

JUEVES

☐

VIERNES

☐

SÁBADO



PERÚ

Ministerio
de Salud



DIRESA LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD

10. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

10a. APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

10b. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

☐

LUNES

☐

MARTES

☐

MIÉRCOLES

☐

JUEVES

☐

VIERNES

☐

SÁBADO

11. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 223 DEL TUPA/MINSA)

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
2. Croquis de distribución interna 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 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.
4. ficha ruc, constancia de habilidad profesional.

Número de Constancia de pago

Fecha de pago

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.

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico