

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-1

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) FUNCIONAMIENTO DE:
- b) TRASLADO DE:
- c) REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

☐
☐
☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. CLASE: FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. CATEGORIA: 5. CLASIFICACIÓN:

6. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

7. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

8. DISTRITO: 9. PROVINCIA:

10. CALLE: (Av, Jr, Carr)
10a URB./AA.HH:

11. NÚMERO: 12. INTERIOR: 13. MANZANA: 14. LOTE:

15. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ...)

☐ LUNES			☐ VIERNES		
☐ MARTES			☐ SÁBADO		
☐ MIERCOLES			☐ DOMINGO		
☐ JUEVES					

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

16. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

17. RAZON SOCIAL:

18. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

19. DISTRITO: 20. PROVINCIA:

21. CALLE: (Av, Jr, Carr)
21a URB./AA.HH:

22. NÚMERO: 23. INTERIOR: 24. MANZANA: 25. LOTE:

26. DOMICILIO FISCAL:

27. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ...)

☐ LUNES			☐ VIERNES		
☐ MARTES			☐ SÁBADO		
☐ MIERCOLES			☐ DOMINGO		
☐ JUEVES					

28. CORREO ELECTRONICO DEL EEF 29. TELEFONO

31. ÁREAS TÉCNICAS COMO UNIDAD PRODUCTORA FARMACIA (CUANDO CORRESPONDA)

31.1. GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

31.2 DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

31.3 FARMACOTECNIA

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

31.4 FARMACIA CLÍNICA

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

OTRAS:

32. EL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?

SI ☐ NO ☐

33. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI ☐ PSICOTROPICO ☐

ESTUPEFACIENTE ☐

NO ☐

34. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI ☐ PSICOTROPICO LISTA IVB ☐

NO ☐

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

35. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

36. CORREO ELECTRONICO 37. TELEFONO

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

De acuerdo al Art.41 del D.S. N° 014-2011 "El Director Técnico debe permanecer en el establecimiento durante las horas de funcionamiento del mismo..." "Solo debe existir un Director Técnico por establecimiento farmacéutico el mismo que deberá cumplir con los requisitos del Artículo 12° del presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico y Químicos Farmacéuticos asistentes que permanecerán en el establecimiento farmacéutico durante el horario de atención al público. Asimismo, deberá indicar si en el establecimiento farmacéutico manejan Drogas.

38. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

39. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ...)

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

☐ LUNES			☐ VIERNES		
☐ MARTES			☐ SÁBADO		
☐ MIERCOLES			☐ DOMINGO		
☐ JUEVES					

40. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

41. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

☐ LUNES	_____	_____	☐ VIERNES	_____	_____
☐ MARTES	_____	_____	☐ SÁBADO	_____	_____
☐ MIÉRCOLES	_____	_____	☐ DOMINGO	_____	_____
☐ JUEVES	_____	_____			

42. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
 C.Q.F.P. N°: _____ email _____ DNI _____ TF: _____

43. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

☐ LUNES	_____	_____	☐ VIERNES	_____	_____
☐ MARTES	_____	_____	☐ SÁBADO	_____	_____
☐ MIÉRCOLES	_____	_____	☐ DOMINGO	_____	_____
☐ JUEVES	_____	_____			

44. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
 C.Q.F.P. N°: _____ email _____ DNI _____ TF: _____

45. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

☐ LUNES	_____	_____	☐ VIERNES	_____	_____
☐ MARTES	_____	_____	☐ SÁBADO	_____	_____
☐ MIÉRCOLES	_____	_____	☐ DOMINGO	_____	_____
☐ JUEVES	_____	_____			

46. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR: _____
 DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____

47. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

 DISTRITO: _____ TELEFONO: _____
 email _____

48. N° DE CONSTANCIA DE PAGO

49. DÍA DE PAGO

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial N° 585-99-SA/DM del 27 de noviembre del 1999, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. El establecimiento entrará en funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorización Sanitaria establecido en el Artículo 21 de la Ley N° 29459.

50. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 188 DEL TUPA/MINSA)

50.a Para funcionamiento y traslado

Farmacias de los Establecimientos de Salud

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Croquis de ubicación del establecimiento.
- 3 Croquis de distribución interna de la farmacia de los establecimiento de salud, incluyendo las áreas técnicas de la unidad productora de servicio, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3

50.b Para Reinicio de Actividades

- 1 Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.

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 FALSIDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello y firma del Q.F. Asistente

Sello del Establecimiento Farmacéutico

Sello y firma del Q.F. Asistente

Sello y firma del Q.F. Asistente

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS..