

FORMATO A

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

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

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	BOTICA ☐	FARMACIA ☐	FARMACIA ESPECIALIZADA ☐
2. NOMBRE COMERCIAL:			
	(Según RUC)		
3. RAZON SOCIAL:			
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:			
5. DISTRITO:		6. PROVINCIA:	
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)			
7a URB./AA.HH:			
8. NÚMERO		9. INTERIOR	
		10. MANZANA	
		11. LOTE	
12. DOMICILIO FISCAL			
13. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO			
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De:.. A: ...)	Especificar las Horas (De:.. A: ...)	
☐ LUNES		☐ VIERNES	
☐ MARTES		☐ SÁBADO	
☐ MIERCOLES		☐ DOMINGO	
☐ JUEVES			
14. CORREO ELECTRONICO DEL EEF		15. TELEFONO	
16. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ PREPARADOS FARMACÉUTICOS	SI ☐	NO ☐	
	FORMULAS MAGISTRALES ☐	OFICINALES ☐	
17. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?			
	SI ☐	NO ☐	
18. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:	SI ☐	NO ☐	
ESPECIFICAR:			
19. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI ☐	PSICOTROPICO ☐	
		ESTUPEFACIENTE ☐	
	NO ☐		
20. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI ☐	PSICOTROPICO LISTA IVB ☐	
	NO ☐		

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

21. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		
APELLIDOS		NOMBRES
22. CORREO ELECTRONICO		23. 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.

24. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

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

25. HORARIO DE LABOR

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

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)
☐ LUNES		☐ VIERNES
☐ MARTES		☐ SÁBADO
☐ MIÉRCOLES		☐ DOMINGO
☐ JUEVES		

26. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

27. HORARIO DE LABOR

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

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)
☐ LUNES		☐ VIERNES
☐ MARTES		☐ SÁBADO
☐ MIÉRCOLES		☐ DOMINGO
☐ JUEVES		

28. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

29. HORARIO DE LABOR

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

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)
☐ LUNES		☐ VIERNES
☐ MARTES		☐ SÁBADO
☐ MIÉRCOLES		☐ DOMINGO
☐ JUEVES		

30. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

31. HORARIO DE LABOR

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

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)
☐ LUNES		☐ VIERNES
☐ MARTES		☐ SÁBADO
☐ MIÉRCOLES		☐ DOMINGO
☐ JUEVES		

32. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:
DISTRITO: PROVINCIA:

33. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO:		TELEFONO:	
email			

34. N° DE CONSTANCIA DE PAGO

35. 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.

36. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 222 DEL TUPA/MINSA)

36.a Para funcionamiento y traslado

Oficinas Farmacéuticas (Farmacia o Botica)

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Croquis de ubicación del establecimiento.
- 3 Croquis de distribución interna del establecimiento, indicando los metrajes de cada area, en formato A-3
- 4 Si la farmacia y botica va a realizar preparados farmaceuticos, debe presentar croquis de distribucion interna del area de preparados, en formato A-3.
- 5 Ficha RUC, constancia de pago, constancia de habilidad profesional.

36.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 FALSEDAD 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..