

FORMATO A-1

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE:

b) TRASLADO 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) _____

6a URB./AA.HH: _____

8. NÚMERO _____ 9. INTERIOR _____ 10. MANZANA _____ 11. LOTE _____

12. REFERENCIA DE UBICACIÓN _____

13. DOMICILIO FISCAL _____

14. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

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: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES _____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO _____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO _____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	

15. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ PREPARADOS FARMACÉUTICOS: SI NO

FORMULAS MAGISTRALES OFICINALES

16. 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

17. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: SI NO

ESPECIFICAR:

18. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:

SI

PSICOTROPICO

NO

ESTUPEFACIENTE

19. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:

SI

PSICOTROPICO

NO

LISTA IVB

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

20. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS

NOMBRES

21. CORREO ELECTRONICO

22. 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 manejaran Drogas.

23. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

24. 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

25. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

26. 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

27. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

28. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

29. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

30. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

31. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:	_____		
DISTRITO:	_____	PROVINCIA:	_____

32. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO:	_____	TELÉFONO:	_____
email	_____		

33. Número de Comprobante de pago:_____**Fecha 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

34. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 222 DEL TUPA del Gobierno Regional de Loreto)**34.a. Para funcionamiento y traslado****Oficinas Farmacéuticas (Farmacia o Botica)**

- 1.- Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, suscrita por el Propietario o Representante Legal y el Director Técnico, según formato.
- 2.- Croquis de distribución interna del establecimiento, indicando los metrajes de cada área, expresado en m², en hoja tamaño A-3 .
- 3.- Si la farmacia y botica va a realizar preparados farmacéuticos, debe presentar croquis de distribución interna del área de preparados, en hoja tamaño A-3
- 4.- Copia simple del certificado de habilidad profesional del Director técnico y de los Químicos Farmacéuticos Asistentes.
- 5.- Copia del comprobante de pago por derecho de trámite, según TUPA.
- 6.- Copia de Registro Unico del Contribuyente (RUC).

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

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 VARIACION O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERA SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DIREMID LORETO.