



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

FORMATO A-1

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:

- a) DE FUNCIONAMIENTO:
- b) POR TRASLADO:

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: ...)	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	_____	

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: _____



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

27. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

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	_____	_____			

28. CORREO ELECTRONICO DEL EEF

29. TELEFONO

30. SERVICIO TERCERIZADO SI NO

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:



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

39. HORARIO DE LABOR

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

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

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

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

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

46. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO: PROVINCIA:



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este

47. DIRECCIÓN ELECTRONICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

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 con carácter de declaración jurada, que incluye número y fecha de la constancia de pago.
- 2 Croquis de distribución interna del establecimiento, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3, incluyendo las áreas técnicas de la unidad productora de servicio.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHYO 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.