



<b>FORMATO A-1</b> Solicitud - Declaración Jurada	
<b>AUTORIZACIÓN SANITARIA FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:</b>	
a) DE FUNCIONAMIENTO:	<input type="checkbox"/>
b) POR TRASLADO:	<input type="checkbox"/>

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

**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="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>				

**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: ...)	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**

SI  PSICOTROPICO

DE BALANCE:  ESTUPEFACIENTE

NO

**INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

**34. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS  NOMBRES

35. CORREO ELECTRONICO  36. 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.

**37. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO**

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:



38. 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	_____		

39. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

40. 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	_____		

41. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

42. 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	_____		

43. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

44. 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	_____		

45. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO:  PROVINCIA:



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

46. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

[Empty text box for address]

DISTRITO: [Empty text box]

TELEFONO: [Empty text box]

email [Empty text box]

47. N° DE CONSTANCIA DE PAGO [Empty text box]

48. DÍA DE PAGO [Empty text box]

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.

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

49.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 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.