



N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-2	
Solicitud - Declaración Jurada	
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:	
a) AMPLIACIÓN DE AREAS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>
b) MODIFICACIÓN DE AREAS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="checkbox"/>
2. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
3. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	<input type="text"/>		
5. DISTRITO:	<input type="text"/>	6. PROVINCIA:	<input type="text"/>
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>		
7a URB./AA.HH:	<input type="text"/>		
8. NÚMERO	<input type="text"/>	9. INTERIOR	<input type="text"/>
		10. MANZANA	<input type="text"/>
		11. LOTE	<input type="text"/>
12. DOMICILIO FISCAL	<input type="text"/>		
13. CORREO ELECTRONICO DEL EEFF	<input type="text"/>	14. TELEFONO	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
16. CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>	17. TELEFONO	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL 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° presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico.

18. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO			
APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>
		DNI	<input type="text"/>
		TF:	<input type="text"/>

19. DETALLE EL AREA QUE VA AMPLIAR O MODIFICAR:	<input type="text"/>
---	----------------------

ADJUNTAR CROQUIS EN METRAJE, EN FORMATO A-3, según lo establecido en el Art. 18° del D.S. N° 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y D.S. N° 001-2016-SA del Texto Único de Procedimientos Administrativos.

20. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS	
email	<input type="text"/>

21. N° DE CONSTANCIA DE PAGO	<input type="text"/>	22. DÍA DE PAGO	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	-----------------	----------------------

23. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 190 DEL TUPA/MINSA)

- Solicitud con carácter de declaración jurada, que incluye número y fecha de la constancia de pago.
- Documento que sustente la modificación o ampliación de la información declarada, según corresponda.

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

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.