



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

FORMATO A

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE :

a) DE FUNCIONAMIENTO:

b) POR TRASLADO:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA

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:

7b. NÚMERO 7c. INTERIOR 7d. MANZANA 7e. LOTE

8. DOMICILIO FISCAL

9. 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	_____	_____			

10. CORREO ELECTRONICO DEL EEFF 11. TELEFONO

12. ACTIVIDADES:

12.1. DISPENSACIÓN Y EXPENDIO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS: SI NO

12.2 ESPECIALIZADA EN: 12.2.1 LA DISPENSACION Y EXPENDIO DE ALGUN TIPO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO SEGÚN CLASIFICACIÓN TERAPEUTICA O DISPOSITIVO SEGUN CLASIFICACION DE RIESGO SI NO

DESCRIBIR EL PRODUCTO O DISPOSITIVO:

12.2.2 PREPARADOS FARMACÉUTICOS SI NO
FORMULAS MAGISTRALES OFICINALES HOMEOPÁTICOS

13. 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

14. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: SI NO
ESPECIFICAR:

15. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO
NO ESTUPEFACIENTE



INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS **NOMBRES**

17. CORREO ELECTRONICO **18. 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.

19. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO

APELLIDOS: **NOMBRES:**

C.Q.F.P. N°: **email** **DNI** **TF:**

20. 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	_____	_____			

21. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: **NOMBRES:**

C.Q.F.P. N°: **email** **DNI** **TF:**

22. 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	_____	_____			

23. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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: ...)**

<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	_____	_____			

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: ...)**

<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	_____	_____			



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

27. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO:

PROVINCIA:

28. DIRECCIÓN ELECTRONICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

email

29. N° DE CONSTANCIA DE PAGO

30. 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.

REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 188 DEL TUPA/MINSA)

Para funcionamiento y traslado

Oficinas Farmacéuticas (Farmacia o Botica)

- 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
- 3 Si la farmacia y botica va a realizar preparados farmacéuticos, debe presentar croquis de distribución interna del área de preparados, en formato A-3.

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.