

**FORMATO A-1**  
Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE :**

a) DE FUNCIONAMIENTO:

b) POR TRASLADO:

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

1. CLASE: FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL:   
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. CATEGORIA:  5. CLASIFICACION:

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. REFERENCIA:

16. DOMICILIO FISCAL

17. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO  
 Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ... )

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

**INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**

18. NOMBRE COMERCIAL:   
(Según RUC)

19. RAZON SOCIAL:

20. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

21. DISTRITO:  22. PROVINCIA:

23. CALLE: (Av, Jr, Carr)   
23a URB./AA.HH:

24. NÚMERO  25. INTERIOR  26. MANZANA  27. LOTE

28. REFERENCIA:

29. DOMICILIO FISCAL

**30. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO**

Marcar con X los días

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

	LUNES		
	MARTES		
	MIERCOLES		
	JUEVES		
	VIERNES		
	SÁBADO		
	DOMINGO		

**31. CORREO ELECTRONICO DEL EE.FF. (OBLIGATORIO –OPM)**

**32. TELEFONO**

**33. ÁREAS TÉCNICAS COMO UNIDAD PRODUCTORA FARMACIA (CUANDO CORRESPONDA)**

**33.1. GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS**

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP



**33.2 DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS**

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP



**33.3 FARMACOTECNIA**

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP



**33.4 FARMACIA CLÍNICA**

Q.F RESPONSABLE

N° CQFP



OTRAS :

**34. 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

**35. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS**

NO

SI

PSICOTROPICO

ESTUPEFACIENTE:

PRECURSOR

**INFORMACION DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

**36. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS

NOMBRES

**37. TELEFONO**

**INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

De acuerdo al Art.41 del D.S. N° 014-2011-SA "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:

<b>39. HORARIO DE LABOR:</b> Marcar con X los días <span style="float: right;">Especificar las Horas (De... A: ... )</span>			
<input type="checkbox"/>	LUNES		
<input type="checkbox"/>	MARTES		
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES		
<input type="checkbox"/>	JUEVES		
<input type="checkbox"/>	VIERNES		
<input type="checkbox"/>	SÁBADO		
<input type="checkbox"/>	DOMINGO		
<b>40. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):</b>			
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"/>
<b>41. HORARIO DE LABOR</b> Marcar con X los días <span style="float: right;">Especificar las Horas (De... A: ...)</span>			
<input type="checkbox"/>	LUNES		
<input type="checkbox"/>	MARTES		
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES		
<input type="checkbox"/>	JUEVES		
<input type="checkbox"/>	VIERNES		
<input type="checkbox"/>	SÁBADO		
<input type="checkbox"/>	DOMINGO		
<b>42. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):</b>			
UBICACIÓN ANTERIOR: <input type="text"/>			
DISTRITO: <input type="text"/>		PROVINCIA: <input type="text"/>	
<b>43. DIRECCIÓN ELECTRONICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS</b>			
email <input type="text"/>			
44. N° DE CONSTANCIA DE PAGO <input type="text"/>		DIA DE PAGO: <input type="text"/>	
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 FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.			
<b>45. REQUISITOS</b>			
<ol style="list-style-type: none"><li>Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.</li><li>Croquis de distribución interna de la farmacia del Establecimiento de Salud, incluyendo las áreas técnicas de la unidad productora de servicios, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3.</li><li>Copia del certificado de habilidad profesional del Director Técnico y de los profesionales Químico Farmacéuticos asistentes (presentar en caso No figure habilitado en el portal institucional del Colegio Profesional correspondiente de acuerdo a la segunda Disposición Complementaria del Decreto Supremo N° 016-2019).</li><li>Croquis de distribución interna del área de preparados, en formato A-3 en el caso de que la Farmacia del Establecimiento de Salud realice preparados farmacéuticos.</li><li>Comprobante de pago por derecho de trámite (S/310.00)</li></ol>			
_____ Firma y sello del Director Técnico		_____ Firma del propietario o Representante Legal y sello del Establecimiento Farmacéutico	
_____ Firma y sello del Químico Farmacéutico Asistente			



**Gobierno Regional del  
Cusco**



**Gerencia Regional de  
Salud**

Dirección Ejecutiva de Atención  
Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos  
y Drogas