

FORMATO C

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIA
- b) TRASLADO DE:
- DROGUERÍA (OF. ADMINISTRATIVA + ALMACÉN)
 - ALMACÉN

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)

1. NOMBRE COMERCIAL:
2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:
3. RAZON SOCIAL:
4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:
- APELLIDOS: NOMBRES:

5. ACTIVIDADES (Subrayar la actividad y marcar con X, solo en caso de autorizacion de funcionamiento):

IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:

A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

1. MEDICAMENTOS:
- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS
 - AGENTES DE DIAGNOSTICO
 - RADIOFÁRMACOS
 - GASES MEDICINALES
2. PRODUCTOS GALÉNICOS
3. PRODUCTOS DIETÉTICOS
4. PRODUCTOS EDULCORANTES
5. PRODUCTOS BIOLÓGICOS QUE REQUIEREN CADENA DE FRIO
6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS QUE NO REQUIEREN CADENA DE FRIO
7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS
8. MEDICAMENTOS HERBARIOS

A.1. PRODUCTOS CONTROLADOS:

- PSICOTROPICOS
 - PRECURSORES
 - ESTUPEFACIENTES
9. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES
- 1 PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD
 - 2 RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD

C) PRODUCTOS SANITARIOS

- 1. PRODUCTOS COSMÉTICOS
 - 2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL
 - 3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA
 - 4. ARTICULOS SANITARIOS
- (PRODUCTOS SANITARIOS PARA BEBE)

B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de	CLASE III, de	CLASE IV, Críticos en mater. de Riesgo
	No Estéril	Estéril	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico) requieren Cadena de Frio					<input type="checkbox"/>
5. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico) No requieren Cadena de Frio					<input type="checkbox"/>

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

6a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.: MZ. LOTE.:

6c. DISTRITO: 6d. PROV.: 6e. DPTO.:

6f. Referencia:

6g. DOMICILIO FISCAL:

6h. DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES.:

6i. Correo Electronico declarado ante GERESA CUSCO 6 j. Telf.

Autorizo que a través de este correo electrónico, se me notifiquen todo los actos administrativos, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 20, numeral 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS.

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

7a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

7b. URB./AA.HH./PP.JJ.: MZ. LOTE.:

7c. DISTRITO: 7d. PROV.: 7e. DPTO.:

7.f. REFERENCIA:

7g. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

7h. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

7i. RAZÓN SOCIAL:

7j. NOMBRE COMERCIAL:

7k. DIRECCION:

8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE SU ESTABLECIMIENTO:

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		

9. INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**9a. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):**

9b. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

9c. HORARIO DE LABOR:

Marcar con X los días

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

	LUNES		
	MARTES		
	MIÉRCOLES		
	JUEVES		
	VIERNES		
	SÁBADO		
	DOMINGO		

10. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

10a. APELLIDOS: NOMBRES:
C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

10b. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

	LUNES		
	MARTES		
	MIÉRCOLES		
	JUEVES		
	VIERNES		
	SÁBADO		
	DOMINGO		

11. DATOS ANTERIORES (LLENAR SÓLO EN CASO DE TRASLADO)

11.a. DOMICILIO ANTERIOR:.....
11.b.. DISTRITO:..... . 11-c. PROVINCIA:

12. REQUISITOS

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2. Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formato A-3.
3. 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).
4. Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda.
5. Comprobante de pago por derecho de trámite (S/347.00)

Número de Comprobante de pago

Fecha de pago

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 PENECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma y sello del Director Técnico_____
Firma del propietario o Representante
Legal y sello del Establecimiento
Farmacéutico_____
Firma y sello del Químico Farmacéutico
Asistente