

FORMATO C -1	
Solicitud - Declaración Jurada	
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:	
a) FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS	<input type="checkbox"/>
b) TRASLADO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)	
1. NOMBRE COMERCIAL:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
3. RAZON SOCIAL:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:	
APELLIDOS:	<input style="width: 30%;" type="text"/>
NOMBRES:	<input style="width: 30%;" type="text"/>

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

IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:

<p>A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS</p> <p>1. MEDICAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS <input type="checkbox"/> - AGENTES DE DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> - RADIOFÁRMACOS <input type="checkbox"/> - GASES MEDICINALES <input type="checkbox"/> <p>2. PRODUCTOS GALÉNICOS <input type="checkbox"/></p> <p>3. PRODUCTOS DIETÉTICOS <input type="checkbox"/></p> <p>4. PRODUCTOS EDULCORANTES <input type="checkbox"/></p> <p>5. PRODUCTOS BIOLÓGICOS QUE REQUIEREN CADENA DE FRIO <input type="checkbox"/></p> <p>6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS QUE NO REQUIEREN CADENA DE FRIO <input type="checkbox"/></p> <p>7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS <input type="checkbox"/></p> <p>8. MEDICAMENTOS HERBARIOS <input type="checkbox"/></p>	<p>A.1. PRODUCTOS CONTROLADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PSICOTROPICOS <input type="checkbox"/> - PRECURSORES <input type="checkbox"/> - ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> <p>9. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD <input type="checkbox"/> 2. RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">:</p> <p>C) PRODUCTOS SANITARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. PRODUCTOS COSMÉTICOS <input type="checkbox"/> 2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL <input type="checkbox"/> 3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA <input type="checkbox"/> 4. ARTICULOS SANITARIOS (PRODUCTOS SANITARIOS PARA BEBE) <input type="checkbox"/>
--	--

B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de	CLASE III, de	CLASE IV, Críticos
	No Estéril	Estéril	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	en materia. de 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/304.00)

Número de Constancia 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