

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:



39. HORARIO DE LABOR:
Marcar con X los días **Especificar las Horas (De... A: ...)**

	LUNES		
	MARTES		
	MIÉRCOLES		
	JUEVES		
	VIERNES		
	SÁBADO		
	DOMINGO		

40. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

41. HORARIO DE LABOR
Marcar con X los días **Especificar las Horas (De... A: ...)**

	LUNES		
	MARTES		
	MIÉRCOLES		
	JUEVES		
	VIERNES		
	SÁBADO		
	DOMINGO		

42. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO: PROVINCIA:

43. DIRECCIÓN ELECTRONICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

email

44. N° DE CONSTANCIA DE PAGO **DIA 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 PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

45. REQUISITOS

- Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 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.
- 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).
- 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.
- Comprobante de pago por derecho de trámite (S/310.00)

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