

FORMATO C -3

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE MODIFICACIONES O AMPLIACIONES DE LA INFORMACION DECLARADA:

- a) MODIFICACION DE ACTIVIDADES (Consignar todas la actividades con las que quedaran autorizadas)
- b) MODIFICACION DE DISTRIBUCION INTERNA DEL ALMACEN
- c) OTROS _____

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

CATEGORIA: DROGUERIA ALMACEN ESPECIALIZADO

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, segun corresponda):**
 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

B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:

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)

	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. INFORMACION DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**APELLIDOS: NOMBRES: C.Q.F.P. N°: email DNI TF: **9. REQUISITOS**

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2. Copia del documento que sustente el cambio, modificación o ampliación cuando corresponda.
3. Croquis de distribución interna 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.
4. Comprobante de pago por derecho de trámite (S/159.00)

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 PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD 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



**Gobierno Regional del
Cusco**



**Gerencia Regional de
Salud**

Dirección Ejecutiva de Atención
Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos
y Drogas