



INS-01-AS FORMATO A

Autorización Sanitaria de Funcionamiento o Traslado de Oficina Farmacéutica (Farmacia/Botica)

Finalidad: El presente formato es utilizado como declaración jurada de la información del establecimiento farmacéutico, propietario o representante legal y los profesionales que laboran en el establecimiento farmacéutico, el cual, debe ser suscrito por el propietario o representante legal, según corresponda, el Director Técnico y los Químicos Farmacéuticos Asistentes, según corresponda.

1. Consideraciones Generales:

- ✓ El registro puede ser digitado o a mano (letra clara y legible)
- ✓ El registro no debe tener errores, correcciones, tachaduras, etc.
- ✓ Para el registro de la información del establecimiento farmacéutico debe contar con la Ficha RUC a la mano.
- ✓ Según corresponda marcar con una X en los recuadros y/o escribir o digitar la información en los espacios, según se requiera.

2. Consideraciones Específicas:

- ✓ Primeramente marcar el tipo de Autorización Sanitaria que desea solicitar: a) Funcionamiento o b) Traslado
- ✓ En el numeral 1, marcar si la Oficina farmacéutica es Botica o Farmacia.
- ✓ En el numeral 2, registrar el nombre comercial del establecimiento farmacéutico (puede ser similar a lo consignado en la Ficha RUC).
- ✓ En el numeral 3, registrar la razón social (solo en caso se trate de persona jurídica), tal cual se encuentra consignado en la Ficha RUC.
- ✓ En el numeral 4, registrar el número de RUC.
- ✓ En los numerales 5, 6 y 7, registrar la dirección completa donde se ubica el establecimiento farmacéutico, (puede ser similar a lo consignado en el campo de Domicilio Fiscal de la Ficha RUC). En caso de Autorización Sanitaria de Traslado consignar la dirección completa a donde trasladará (nueva dirección).
- ✓ En el numeral 7f, registrar una referencia para la ubicación del establecimiento farmacéutico.
- ✓ En el numeral 8, registrar la dirección consignada en el campo de Domicilio Fiscal de la Ficha RUC.
- ✓ En el numeral 9, registrar el horario de atención al público del establecimiento farmacéutico (marcar los días que funcionará y especificar las horas de funcionamiento por cada día).
- ✓ En los numerales 10 y 11, registrar el correo electrónico y número telefónico del establecimiento farmacéutico (deben estar activos y ser legibles).
- ✓ En el numeral 12.1, marcar si o no realizará la Dispensación y Expendio de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- ✓ En el numeral 12.2.1, marcar si o no realizará la Dispensación y Expendio de algún tipo de Productos Farmacéuticos según clasificación terapéutica o Dispositivos Médicos según clasificación de riesgo. En caso lo realice describir el producto o dispositivo.
- ✓ En el numeral 12.2.2, marcar si o no realizará preparados farmacéuticos. De realizarlo debe marcar cuales (fórmulas magistrales, oficinales y/o homeopáticos).





- ✓ En el numeral 13, marcar si o no, el establecimiento farmacéutico comercializará productos o dispositivos a domicilio.
- ✓ En el numeral 14, marcar si o no brindará servicios sanitarios complementarios.
- ✓ En el numeral 15, marcar si o no comercializará productos controlados. De realizarlo debe marcar cuales (psicotrópicos, estupefacientes y/o precursores).
- ✓ En el numeral 16, consignar los apellidos y nombres del propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico, acordes con la ficha RUC.
- ✓ En el numeral 17, consignar el número telefónico del propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico.
- ✓ En el numeral 19, consignar los apellidos y nombres, número de colegiatura, correo electrónico, número de DNI y número de celular del Director Técnico del establecimiento farmacéutico.
- ✓ En el numeral 20, registrar el horario de labor del Director Técnico en el establecimiento farmacéutico (marcar los días y especificar las horas de labor por cada día), debiendo cubrir las horas de funcionamiento declarados para el establecimiento farmacéutico.
- ✓ En los numerales 21, 23 y 25, consignar los apellidos y nombres, número de colegiatura, correo electrónico, número de DNI y número de celular del Químico Farmacéutico Asistente del establecimiento farmacéutico, cuando corresponda.
- ✓ En los numerales 22, 24 y 26, registrar el horario de labor del Químico Farmacéutico Asistente del establecimiento farmacéutico (marcar los días y especificar las horas por cada día), según corresponda. El horario de labor del Director Técnico y Químico(s) Farmacéutico(s) Asistente(s) deben cubrir el horario de funcionamiento declarado por el establecimiento farmacéutico.
- ✓ En el numeral 27, debe ser llenado solo en caso donde se solicite el trámite de Autorización Sanitaria de Traslado, consignar la dirección autorizada del establecimiento farmacéutico (antigua dirección).
- ✓ En el numeral 28, registrar el correo electrónico del establecimiento farmacéutico o del propietario o representante legal, según corresponda, donde se notificaran los actos administrativos.
- ✓ En los numerales 29 y 30, registrar el número de la boleta de pago o número de operación si el pago por el derecho del trámite fue por depósito y la fecha en la que se realizó dicho pago por derecho de trámite.
- ✓ Finalmente consignar la firma y sello del propietario, representante legal, Director Técnico y/o Químico Farmacéutico Asistente del establecimiento farmacéutico, según corresponda.

3. Otras Consideraciones:

- ✓ De declarar que el establecimiento farmacéutico es especializado en la elaboración de Preparados Farmacéuticos, se debe adjuntar el croquis de distribución interna del área de preparados en formato A-3, debe estar sujeto a lo dispuesto en R.M. N° 538-2016/MINSA (NTS N°122-MINSA/DIGEMID-V.01)
- ✓ De declarar que el establecimiento farmacéutico comercializará productos o dispositivos a domicilio, debe estar sujeto a lo dispuesto en el Artículo 28° del D.S. N° 014-2011-SA.
- ✓ De declarar que el establecimiento farmacéutico brindará servicios sanitarios complementarios, debe estar sujeto a lo dispuesto en el Artículo 55° del D.S. N° 014-2011-SA, así como, declarar el respectivo área e información del profesional que realizará dicho servicio.

