# INS-02-AS FORMATO A-1

## Autorización Sanitaria de Funcionamiento o Traslado de Farmacia de Establecimiento de Salud

Finalidad: El presente formato es utilizado como declaración jurada de la información del establecimiento de salud, 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 de salud debe contar con la Ficha RENIPRESS a la mano.
- ✓ 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 Especificas:**

- ✓ Primeramente marcar el tipo de Autorización Sanitaria que desea solicitar: a) Funcionamiento o b) Traslado.
- ✓ En el numeral 1, marcar el recuadro.
- ✓ En el numeral 2, registrar el nombre comercial del establecimiento de salud, según lo establecido en la Ficha RENIPRESS.
- ✓ 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 y Ficha RENIPRESS.
- ✓ En el numeral 4, registrar la categoría, según Ficha RENIPRESS.
- ✓ En el numeral 5, registrar la clasificación, según Ficha RENIPRESS.
- ✓ En el numeral 6, registrar el número de RUC.
- ✓ En el numeral 7, registrar el nombre del responsable del establecimiento de salud, según Ficha RENIPRESS.
- ✓ En los numerales 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14, registrar la dirección completa donde se ubica el establecimiento de salud, según Ficha RENIPRESS y ficha RUC. En caso de Autorización Sanitaria de Traslado consignar la dirección completa a donde se trasladará (nueva dirección).
- ✓ En el numeral 15, registrar una referencia de ubicación del establecimiento de salud.
- ✓ En el numeral 16, registrar la dirección consignada en el campo de Domicilio Fiscal de la Ficha RUC.
- ✓ En el numeral 17, registrar el horario de atención al público del establecimiento de salud (marcar los días que funcionará y especificar las horas de funcionamiento por cada día).
- ✓ En el numeral 18, registrar el nombre comercial del establecimiento farmacéutico, según Ficha RENIPRESS.
- ✓ En el numeral 19, registrar la razón social (solo en caso se trate de persona jurídica), tal cual se encuentra consignado en la Ficha RUC/Ficha RENIPRESS.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO AUTORIZACIONES SANITARIAS

- ✓ En el numeral 20, registrar el número de RUC.
- ✓ En el numeral 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27, registrar la dirección completa donde se ubica el establecimiento farmacéutico, según Ficha RENIPRESS y ficha RUC. En caso de Autorización Sanitaria de Traslado consignar la dirección completa a donde se trasladará (nueva dirección).
- ✓ En el numeral 28, registrar una referencia de ubicación del establecimiento farmacéutico dentro del establecimiento de salud.
- ✓ En el numeral 29, registrar la dirección consignada en el campo de Domicilio Fiscal de la Ficha RUC.
- ✓ En el numeral 30, 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 31 y 32, consignar el correo electrónico y número telefónico del establecimiento farmacéutico (deben estar activos y ser legibles).
- ✓ En los numerales 33.1, 33.2, 33.3 y 33.4, marcar con una X en los recuadros y registrar el nombre completo del Químico Farmacéutico responsable que realice la actividad y su número de colegiatura, según corresponda.
- ✓ En el numeral 34, marcar si o no, el establecimiento farmacéutico comercializará productos o dispositivos a domicilio.
- ✓ En el numeral 35, marcar si o no comercializará productos controlados. De realizarlo debe marcar cuales (psicotrópicos, estupefacientes y/o precursores).
- ✓ En el numeral 36, consignar los apellidos y nombres del propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico, según Ficha RUC/Ficha RENIPRESS.
- ✓ En el numeral 37, consignar el número telefónico del propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico.
- ✓ En el numeral 38, 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 39, 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 el numeral 40, consignar los apellidos y nombres, número de colegiatura, correo electrónico, número de DNI y número de celular de los Químicos Farmacéuticos Asistentes del establecimiento farmacéutico, cuando corresponda.
- ✓ En el numeral 41, 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 42, 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 43, registrar el correo electrónico del establecimiento farmacéutico o del propietario o representante legal, según corresponda, donde se notificaran los actos administrativos.
- ✓ En los numerales 44, registrar el número de la boleta de pago o número de operación si el pago por el derecho del tramite fue por deposito y la fecha en la que se realizo 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.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO – AUTORIZACIONES SANITARIAS

**3. Otras Consideraciones:**

- ✓ 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.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO AUTORIZACIONES SANITARIAS