



INS-03-AS FORMATO A-2

Autorización Sanitaria de Funcionamiento o Traslado de Botiquín

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

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 el recuadro.
- ✓ 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 el recuadro.
- ✓ En el numeral 13, consignar los apellidos, nombres y número telefónico del propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico, acorde a la Ficha RUC.
- ✓ En el numeral 14, 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 15, registrar el horario de labor del Director Técnico en el establecimiento farmacéutico (marcar los días y especificar las horas de labor por cada día).
- ✓ En el numeral 16, 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).





Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Directorio Regional de Salud
Regional de Salud

Dirección de Medicamentos,
Instrumentos y Drogas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

- ✓ En el numeral 17, registrar el correo electrónico del establecimiento farmacéutico o del propietario o representante legal, según corresponda, donde se notificaran los actos administrativos.
- ✓ En los numerales 18 y 19, 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, según corresponda y Director Técnico.

3. Otras Consideraciones:

- ✓ El establecimiento farmacéutico está sujeto a comercializar lo dispuesto en el "Listado de productos farmacéuticos y afines para botiquines", aprobado con Resolución Directoral N° 765-2001-DG-DIGEMID.

