

FORMATO A

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE :

a) DE FUNCIONAMIENTO:

b) POR TRASLADO:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO: 6. PROVINCIA:

7. CALLE: (Av, Jr, Carr)

7a URB./AA.HH:

7b. NÚMERO 7c. INTERIOR 7d. MANZANA 7e. LOTE

7f. REFERENCIA:

8. DOMICILIO FISCAL

9. 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"/>	MIÉRCOLES		
<input type="checkbox"/>	JUEVES		
<input type="checkbox"/>	VIERNES		
<input type="checkbox"/>	SÁBADO		
<input type="checkbox"/>	DOMINGO		

10. CORREO ELECTRONICO DEL EEFF (OBLIGATORIO) 11. TELEFONO

12. ACTIVIDADES:

12.1. DISPENSACIÓN Y EXPENDIO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS: SI NO

12.2 ESPECIALIZADA EN:

12.2.1 LA DISPENSACION Y EXPENDIO DE ALGUN TIPO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO SEGÚN CLASIFICACIÓN TERAPEUTICA O DISPOSITIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE RIESGO SI NO

DESCRIBIR EL PRODUCTO O DISPOSITIVO:

12.2.2 PREPARADOS FARMACÉUTICOS SI NO

FORMULAS MAGISTRALES OFICINALES HOMEOPÁTICOS

13. 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

14. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS SANITARIOS COMPLEMENTARIOS: SI NO

ESPECIFICAR:

15. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS PSICOTROPICO : PRECURSORES:

NO

SI

ESTUPEFACIENTE:

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS NOMBRES

17. 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 manejarán Drogas.

19. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

20. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

21. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

22. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

23. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

24. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

25. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

26. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

27. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO:

PROVINCIA:

28. DIRECCIÓN ELECTRONICA DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

email

29. N° DE CONSTANCIA DE PAGO

30. DÍA DE PAGO

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, así como las Buenas Prácticas de Almacenamiento, Buenas Prácticas de Dispensación y Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y El Manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, aprobado con Resolución Ministerial N° 554-2022/MINSA del 26 de julio del 2022, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. El establecimiento entrará el funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorización Sanitaria establecido en el Artículo 21 de la Ley N° 29459.

REQUISITOS

1. Solicitud con carácter de declaración jurada, según formato.
2. Croquis de distribución interna del establecimiento, indicando los metrajés de cada área, en formato A-3
3. Si la farmacia o botica va a realizar preparados farmacéuticos, debe presentar croquis de distribución interna del área de preparados, en formato A-3.
4. Copia simple 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).
5. Comprobante de pago por derecho de trámite (S/275.00)

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

Firma y sello del Químico Farmacéutico
Asistente

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA GERESA CUSCO