

**COMUNICACIONES DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS
AREA DE AUTORIZACIONES SANITARIAS - DMID -2023**

Nº	TRAMITE	REQUISITOS
1	NUEVA DIRECCIÓN TÉCNICA	<p>a Formato suscrito por el propietario /representante y Químico Farmaceutico: FORMATO DE ORIENTACION I - OF para Botica, Farmacia, Farmacia de EESS, Botiquin FORMATO DE ORIENTACION I - D para Drogueria, Almacen Especializado Químico Farmaceutico debe encontrarse habilitado TRAMITE GRATUITO</p>
2	REGISTRO QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE	<p>a Formato suscrito por el propietario /representante y Químico Farmaceutico: FORMATO DE ORIENTACION I - OF para Botica, Farmacia, Farmacia de EESS, Botiquin FORMATO DE ORIENTACION I - D para Drogueria, Almacen Especializado Químico Farmaceutico debe encontrarse habilitado TRAMITE GRATUITO</p>
3	RENUNCIA DE DIRECCIÓN TÉCNICA	<p>a Formato suscrito por el Director Técnico renunciante FORMATO DE ORIENTACION II - OF para Botica, Farmacia, Farmacia de EESS, Botiquin FORMATO DE ORIENTACION II - D para Drogueria, Almacen Especializado</p>
		<p>b Carta de la renuncia de la dirección técnica presentada al propietario o Representante Legal del establecimiento (firmada por el propietario como recibido), o declaración jurada de no laborar en el establecimiento, indicando la fecha. TRAMITE GRATUITO</p>
4	RENUNCIA DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE	<p>a Formato suscrito por el Director Técnico renunciante FORMATO DE ORIENTACION II - OF para Botica, Farmacia, Farmacia de EESS, Botiquin FORMATO DE ORIENTACION II - D para Drogueria, Almacen Especializado</p>
		<p>b Carta de renuncia del químico farmaceutico asistente presentado al propietario o Representante Legal del establecimiento (firmada por el propietario como recibido), o declaración jurada de no laborar en el establecimiento, indicando la fecha. TRAMITE GRATUITO</p>
5	CIERRE TEMPORAL	<p>a FORMATO DE ORIENTACION III suscrito por el propietario o representante legal TRAMITE GRATUITO</p>
6	CIERRE DEFINITIVO	<p>a FORMATO DE ORIENTACION III suscrito por el propietario o representante legal</p>
		<p>b Declaración jurada de no existencia de Productos Farmacéuticos, dispositivos médicos y Productos Sanitarios, según corresponda. TRAMITE GRATUITO</p>
7	CAMBIOS Y/O MODIFICACIONES DE LA INFORMACION DECLARADA FARMACIAS, BOTICAS, DROGUERIAS (REPRESENTANTE LEGAL, OFICINA ADMINISTRATIVA, RAZON SOCIAL, OTROS)	<p>a Formato suscrito por el propietario/representante legal y/o Químico Farmaceutico, segun corresponda: FORMATO DE ORIENTACION IV - A para Cambio de Nombre Comercial, Denominac Razón Social, Representante Legal FORMATO DE ORIENTACION IV - B para Cambio de Horario de Funcionamiento, Horario de Labor QF FORMATO DE ORIENTACION IV - C para Cambio de Dirección de la oficina administrativa, Modificación de la dirección del establecimiento</p>
		<p>b Documento que sustente el cambio, segun corresponda TRAMITE GRATUITO</p>
8	REINICIO DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO	<p>a FORMATO DE ORIENTACION V suscrito por el propietario o representante legal TRAMITE GRATUITO</p>
9	MODIFICACION DE AREAS POR IMPLEMENTACION DE LA RM 554-2022-SA	<p>a Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud, suscrita por el Propietario o Representante Legal del establecimiento farmacéutico</p>
		<p>b Croquis de distribución interna del establecimiento farmacéutico, incluyendo las áreas, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3. TRAMITE GRATUITO</p>
10	LEVANTAMIENTO DE CIERRE TEMPORAL DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO	<p>a Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud, suscrita por el Propietario o Representante Legal del establecimiento farmacéutico</p> <p>b Copia de Resolucion Gerencial de Cierre Temporal (opcional) TRAMITE GRATUITO</p>

**COMUNICACIONES DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS
AREA DE AUTORIZACIONES SANITARIAS DE LA DMID -2023**

Nº	TRAMITE	REQUISITOS
1	CIERRE DEFINITIVO	1. Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud Suscrita por el propietario o representante legal 2. Formato D suscrito por el propietario o representante legal 3. Declaración jurada de no existencia de Productos Farmacéuticos, dispositivos médicos y Productos Sanitarios, según corresponda. TRAMITE GRATUITO
2	CIERRE TEMPORAL	1. Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud suscrita por el propietario y representante legal 2. Formato D suscrito por el propietario o representante legal TRAMITE GRATUITO
3	NUEVA DIRECCIÓN TÉCNICA	1. Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud suscrita por el Propietario o Representante Legal del establecimiento farmacéutico. 2. Formato A-1 ó C-4 suscrito por el propietario y representante legal Quimico Farmaceutico debe encontrarse habilitado TRAMITE GRATUITO
4	REGISTRO QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE	1. Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud suscrita por el Propietario o Representante Legal 2. Formato A-1 ó C-4 suscrito por el propietario y Quimico Farmaceutico Asistente. Quimico Farmaceutico debe encontrarse habilitado TRAMITE GRATUITO
5	RENUNCIA DE DIRECCIÓN TÉCNICA	1. Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud suscrito por el profesional renunciante del establecimiento farmacéutico 2. Formato A-1 ó C-4 suscrito por el director tecnico renunciante 3. Carta de la renuncia de la dirección técnica presentada al propietario o Representante Legal del establecimiento (firmada por el propietario como recibido), o declaración jurada de no laborar en el establecimiento, indicando la fecha. TRAMITE GRATUITO
6	RENUNCIA DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE	1. Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud suscrito por el profesional renunciante del establecimiento farmacéutico 2. Formato A-1 ó C-4 suscrito por el quimico farmaceutico asistente renunciante 3. Carta de renuncia del quimico farmaceutico asistente presentado al propietario o Representante Legal del establecimiento (firmada por el propietario como recibido), o declaración jurada de no laborar en el establecimiento, indicando la fecha. TRAMITE GRATUITO
7	REINICIO DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO	1. Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud suscrita por el Propietario o Representante Legal del establecimiento farmacéutico y por el Director Técnico. 2. Formato E suscrito por el propietario o representante legal TRAMITE GRATUITO
8	CAMBIOS Y/O MODIFICACIONES DE LA INFORMACION DECLARADA FARMACIAS, BOTICAS, DROGUERIAS (REPRESENTANTE LEGAL , OFICINA ADMINISTRATIVA, RAZON SOCIAL, OTROS)	1.Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud, suscrita por el Propietario o Representante Legal del establecimiento farmacéutico 2. Ficha RUC o documento que sustente el cambio, segun corresponda TRAMITE GRATUITO
9	MODIFICACION DE AREAS POR IMPLEMENTACION DE LA RM 554-2022-SA	1.Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud, suscrita por el Propietario o Representante Legal del establecimiento farmacéutico 2. Croquis de distribución interna del establecimiento farmacéutico, incluyendo las áreas, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3. TRAMITE GRATUITO
10	LICENCIA PARA COMERCIALIZACION DE DERIVADOS DE CANNABIS PARA USO MEDICINAL FARMACIAS Y BOTICAS	1. Declaración Jurada de Comercialización exclusiva a pacientes registrados como usuarios del cannabis y derivados para uso medicinal y terapéutico. 2. Copia de protocolo de seguridad aprobado por el MININTER de acuerdo a los establecido en el Reglamento (Decreto Supremo Nº 005-2019-SA) 3. Declaración jurada del Representante Legal o propietario y de personas vinculadas con la seguridad y manipulación de no contar con antecedentes policiales, penales y judiciales por delito de tráfico ilícito de drogas y conexos. 4. FORMATO LC TRAMITE GRATUITO
11	LEVANTAMIENTO DE CIERRE TEMPORAL DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO	1.Solicitud dirigida al Gerente Regional de Salud, suscrita por el Propietario o Representante Legal del establecimiento farmacéutico 2. Copia de Resolucion Gerencial de Cierre Temporal TRAMITE GRATUITO