

EXP:

FORMATO "D"	
SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA	
A) AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:	
FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/>
TRASLADO	<input type="checkbox"/>
B) COMUNICACIÓN DE:	
REINICIO DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/>

I. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO - DATOS SEGÚN FICHA RUC

1. CLASE:	DROGUERÍA	<input type="checkbox"/>	ALMACÉN DE DROGUERÍA	<input type="checkbox"/>	ALMACÉN ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>
2. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>					
3. RAZÓN SOCIAL:	<input type="text"/>					
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input type="text"/>					
5. CORREO ELECTRONICO DEL E.F.:	<input type="text"/>				6. TELEF.:	<input type="text"/>
7. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO:						
DIAS			HORAS			
DE:	A:		DE:	A:		

8. ACTIVIDADES (Marcar con X, Solo en caso de Autorización de Funcionamiento):

Se autoriza al Establecimiento Farmacéutico a realizar actividades de IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:

A) PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

a. MEDICAMENTOS:

- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS ☐
- AGENTES DE DIAGNÓSTICO ☐
- RADIOFÁRMACOS ☐
- GASES MEDICINALES ☐

b. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:

- PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD ☐
- RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD ☐

c. PRODUCTOS GALÉNICOS

d. PRODUCTOS DIETÉTICOS

e. PRODUCTOS EDULCORANTES

f. PRODUCTOS BIOLÓGICOS

g. DERIVADO DEL CANNABIS PARA USO MEDICINAL

- MEDICAMENTO HERBARIO ☐
- ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA ☐
- PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD ☐

B) DISPOSITIVOS MÉDICOS:

DISPOSITIVOS MÉDICOS.

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en mater. de Riesgo
	No Estéril	Estéril			
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EQUIPOS BIOMÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EQUIPOS BIOMÉDICOS DE TECNOLOGÍA CONTROLADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNÓSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnóstico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) PRODUCTOS SANITARIOS

- PRODUCTOS COSMÉTICOS ☐
- PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL ☐
- PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA ☐
- ARTÍCULOS SANITARIOS ☐

9. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:

DIRECCIÓN:

9.1 NÚMERO: 9.2 INTERIOR: 9.3 MANZANA: 9.4 LOTE:

9.5 DISTRITO: 9.6 PROVINCIA:

10. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:

DIRECCIÓN:

10.1 NÚMERO: 10.2 INTERIOR: 10.3 MANZANA: 10.4 LOTE:

10.5 DISTRITO: 10.6 PROVINCIA:

II. INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**11 . PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:**

APELLIDOS:

NOMBRES:

12. E-MAIL:

13. DNI:

14. TELEFONO:

15. DOMICILIO (SEGÚN DNI)**III. INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

IMPORTANTE: De acuerdo al Art.41 del D.S. Nº 014-2011 "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 funcionamiento.

16. DIRECTOR TÉCNICO:

APELLIDOS:

NOMBRES:

17. C.Q.F.P.:

18. E-MAIL:

19. TELEFONO:

20. HORARIO DE LABOR D.T.

DÍAS:		HORAS:	
DE:	A:	DE:	A:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

21. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:

NOMBRES:

22. C.Q.F.P.:

23. E-MAIL:

24. TELEFONO:

25. HORARIO DE LABOR Q.F. ASISTENTE

DÍAS:		HORAS:	
DE:	A:	DE:	A:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

27. DISTRITO:

28. PROVINCIA:

29. N° DE RECIBO DE PAGO:

30. DÍA DE PAGO:

NOTA: Para el caso de Reinicio de Actividades no es necesario realizar pago (D.S. 004-2021-SA)

IV. ÁREAS REQUERIDAS PARA FUNCIONAMIENTO Y TRASLADO

Las áreas declaradas debén encontrarse identificadas en el establecimiento y plasmadas en un croquis tamaño A3 debidamente metradas

A. ÁREA DE RECEPCIÓN

F. ÁREA DE DEVOLUCIONES

K. SERVICIOS HIGIENICOS

B. ÁREA DE CUARENTENA

G. ÁREA DE EMBALAJE

L. VESTIDORES

C. ÁREA DE MUESTRAS DE CONTRAMUESTRAS

H. ÁREA DE DESPACHO

M. MATERIAL DE LIMPIEZA

D. ÁREA DE APROBADOS/ ALMACENAMIENTO

I. ÁREA DE PRODUCTOS CONTROLADOS

N. OTROS

E. ÁREA DE BAJAS/ RECHAZADOS

J. ÁREA ADMINISTRATIVA

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento, aprobado por Resolución Ministerial Nº 132-2015/MINSA, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo Nº 014-2011-SA. El establecimiento entrará en funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorización Sanitaria establecido en el Artículo 21 de la Ley Nº 29459.

Firma y Sello del Director Técnico

Firma y Sello del Propietario o Rep. Legal

Firma y Sello del Q.F. Asistente

Sello del Establecimiento Farmacéutico

BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL. TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO O COMUNICADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS..