

FORMATO A-2
Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE:

b) TRASLADO DE:

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. CLASE: FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL: _____
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL: _____

4. CATEGORIA _____ 5. CLASIFICACIÓN _____

6. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: _____

7. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

8. DISTRITO: _____ 9. PROVINCIA: _____

10. CALLE: (Av, Jr, Carr) _____
10a URB./AA.HH: _____

11. NÚMERO _____ 12. INTERIOR _____ 13. MANZANA _____ 14. LOTE _____

15. REFERENCIA DE UBICACIÓN _____

16. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

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	_____	_____			

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

17. NOMBRE COMERCIAL: _____
(Según RUC)

18. RAZON SOCIAL: _____

19. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: _____

20. DISTRITO: _____ 21. PROVINCIA: _____

22. CALLE: (Av, Jr, Carr) _____
21a URB./AA.HH: _____

23. NÚMERO _____ 24. INTERIOR _____ 25. MANZANA _____ 26. LOTE _____

27. DOMICILIO FISCAL _____

28. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

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	_____	_____			

29. CORREO ELECTRONICO DEL EEF 30. TELEFONO

31. SERVICIO TERCERIZADO SI NO

32. ÁREAS TÉCNICAS COMO UNIDAD PRODUCTORA FARMACIA (CUANDO CORRESPONDA)

32.1. GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

32.2 DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

32.3 FARMACOTECNIA

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

32.4 FARMACIA CLÍNICA

Q.F RESPONSABLE N° CQFP

OTRAS:

33. EL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?

SI NO

34. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO

ESTUPEFACIENTE

NO

35. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO LISTA IVB

NO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

36. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

37. CORREO ELECTRONICO 38. TELEFONO

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

De acuerdo al Art.41 del D.S. N° 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 atención al público. Asimismo, deberá indicar si en el establecimiento farmacéutico manejan Drogas.

39. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

40. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De.. A: ...)	Especificar las Horas (De.. A: ...)	
<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>		

41. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:



42. HORARIO DE LABOR

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

43. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
 C.Q.F.P. N°: _____ email _____ DNI _____ TF: _____

44. HORARIO DE LABOR

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

45. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____
 C.Q.F.P. N°: _____ email _____ DNI _____ TF: _____

46. HORARIO DE LABOR

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

47. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR: _____
 DISTRITO: _____ PROVINCIA: _____

48. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: _____ TELEFONO: _____
 email _____

49. N° DE COMPROBANTE DE PAGO: _____

FECHA DE PAGO: _____

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial N° 585-99-SA/DM del 27 de noviembre del 1999, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. El establecimiento entrará en funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorización Sanitaria establecido en el Artículo 21 de la Ley N° 29459.

50. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 222 DEL TUPA DEL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO)

50.a Para funcionamiento y traslado

Farmacias de los Establecimientos de Salud

- Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- Croquis de distribución interna de la farmacia de los establecimiento de salud, incluyendo las áreas técnicas de la unidad productora de servicio, indicando los metrajes de cada área, expresado en m², en hoja tamaño A-3.
- Copia simple del certificado de habilidad profesional del Director técnico y de los Químicos Farmacéuticos Asistentes.
- Copia del comprobante de pago por derecho de trámite, según TUPA.
- Copia de la Ficha RUC
- Croquis de distribución interna del establecimiento de salud
- Copia de la Resolución de Categorización del establecimiento farmacéutico.

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 FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.



Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello y firma del Q.F. Asistente

Sello del Establecimiento Farmacéutico

Sello y firma del Q.F. Asistente

Sello y firma del Q.F. 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 DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS DIREMID LORETO.