

FORMATO A-5

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) DISTRIBUCION INTERNA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO
- b) MODIFICACION O AMPLIACION DE ACTIVIDADES
- c) OTROS

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA FARMACIA ESPECIALIZADA
 FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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:

8. NÚMERO 9. INTERIOR 10. MANZANA 11. LOTE

12. DOMICILIO FISCAL

13. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

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="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>	

14. CORREO ELECTRONICO DEL EEF 15. TELEFONO

16. ACTIVIDADES (MARCA CON X):

DISPENSACION Y/O EXPENDIO

A. PRODUCTOS FARMACEUTICOS <input type="checkbox"/>	B. DISPOSITIVOS MEDICOS <input type="checkbox"/>
1. MEDICAMENTOS	C. PRODUCTOS SANITARIOS <input type="checkbox"/>
ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS <input type="checkbox"/>	1. PRODUCTOS COSMETICOS <input type="checkbox"/>
AGENTES DE DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/>	2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL <input type="checkbox"/>
2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES	3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA <input type="checkbox"/>
PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD <input type="checkbox"/>	4. ARTICULO SANITARIO <input type="checkbox"/>
RECURSO NATURAL DE USO E SALUD <input type="checkbox"/>	
3. PRODUCTOS GALENICOS <input type="checkbox"/>	
4. PRODUCTOS DIETETICOS <input type="checkbox"/>	
5. PRODUCTOS EDULCORANTES <input type="checkbox"/>	
6. PRODUCTOS HOMEOPATICOS <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

17. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS: NOMBRES:

18. CORREO ELECTRONICO 19. 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 se manejarán Drogas.

20. DIRECTOR TÉCNICO

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

21. HORARIO DE LABOR

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

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="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>	

22. QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

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

23. HORARIO DE LABOR

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

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="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>	

24. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TELEFONO:
 email

25. N° DE COMPROBANTE DE PAGO: FECHA DE PAGO:

26. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 225 DEL TUPA/GOREL)

- 1.- Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2.- Copia del documento que sustente el cambio, modificación o ampliación, cuando corresponda.
- 3.- Copia del comprobante de pago por derecho de trámite, según TUPA.

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 del Establecimiento Farmacéutico

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 DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS.