

FORMATO A-6

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) CAMBIO, MODIFICACION O AMPLIACION DEL CROQUIS DE LA DISTRIBUCION INTERNA
- b) MODIFICACION O AMPLIACION DE ACTIVIDADES.
- c) OTROS.

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA ALMACEN ESPECIALIZADO

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:
APELLIDOS: NOMBRES:

5. ACTIVIDADES: OPCIONAL (Consignar con X, Solo en caso de modificación de actividades):

A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

1. MEDICAMENTOS:
- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS
 - AGENTES DE DIAGNOSTICO
 - RADIOFÁRMACOS
 - GASES MEDICINALES
2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:
- PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD
 - RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD
3. PRODUCTOS GALÉNICOS
4. PRODUCTOS DIETÉTICOS
5. PRODUCTOS EDULCORANTES
6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS
7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS
8. MEDICAMENTOS HERBARIOS

C). PRODUCTOS SANITARIOS

- 1. PRODUCTOS COSMÉTICOS
- 2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL
- 3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA
- 4. ARTÍCULOS SANITARIOS

B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en materia 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 BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)			<input type="checkbox"/>		

PARA EL CASO DE LABORATORIOS DE PRODUCTOS, ADEMAS DEBERÁ CONSIGNAR EL TIPO DE PRODUCTO (FARMACEUTICO O COSMÉTICO), LAS AREAS Y FORMAS FARMACÉUTICAS O COSMETICAS A AMPLIAR O MODIFICAR:

TIPO DE PRODUCTO	ÁREAS					
	SÓLIDOS		SEMISÓLIDOS		LÍQUIDOS	
	Estéril	No Estéril	Estéril	No Estéril	Estéril	No Estéril
.....	<input type="checkbox"/>					

FORMA FARMACÉUTICA/COSMÉTICA:

PARA EL CASO DE LABORATORIOS DE DISPOSITIVOS MEDICOS DEBERÁ CONSIGNAR:

NOMBRE DEL D. MEDICO:..... CLASIFICACION:.....

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado ante DIGEMID; en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección):

6a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
6c. DISTRITO:		6d. PROV.:	6e. DPTO.:
6f. Correo Electronico:		6g. Telefono:	

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN O PLANTA (Según lo autorizado ante DIGEMID):

7a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
7c. DISTRITO:		7d. PROV.:	7e. DPTO.:

7f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (En caso de Almacen):

NO SI

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

7g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

7h. NOMBRE COMERCIAL:

7i. RAZÓN SOCIAL:

8. DIRECTOR TÉCNICO :

8a. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF

8b. JEFATURAS (EN CASO DE LABORATORIOS)

JEFATURA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF

JEFATURA DE PRODUCCIÓN:

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF

JEFATURA DE CONTROL DE CALIDAD:

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF

9. HORARIO DE LABOR: Consignar solo en caso de cambio de horario del Director Técnico v/o Jefaturas, debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento)

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	_____	_____

10. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (EN CASO DE DROGUERIAS CUANDO CORRESPONDA):

10a. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF

10b. HORARIO DE LABOR

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	_____	_____

11. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 219 DEL TUPA DEL GOBIERNO REGIONAL DE LORETO)

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2. Copia del documento que sustente el cambio, cuando corresponda.

Número de Comprobante de pago

Fecha de pago

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCION DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER

Firma del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico