



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección Regional
de Salud Ica

Dirección de Medicamentos
Insumos y Drogas Ica

FORMATO D-1

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIA

☐

b) TRASLADO DE:

- DROGUERÍA (OF. ADMINISTRATIVA + ALMACÉN)

☐

- ALMACÉN DE DROGUERIA

☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

DNI DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

TF:

Email

5. ACTIVIDADES (Marcar con X, Solo en caso de autorización de funcionamiento):

IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:

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 MEDICOS:

1. DISPOSITIVOS MÉDICOS

☐☐

2. EQUIPOS BIOMEDICOS

☐

3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE

☐

TECNOLOGIA CONTROLADA

4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)

☐

NIVEL DE RIESGO

CLASE I: De B. Riesgo

No Estéril

Estéril

CLASE II, de

Moderado

Riesgo

CLASE III, de

Alto Riesgo

CLASE IV,

Críticos en ma-

teria de Riesgo



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección Regional
de Salud Ica

Dirección de Medicamentos
Insumos y Drogas Ica

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:

(Congruente con la dirección consignada en el RUC)

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:

(Congruente con la dirección consignada en el RUC)

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:

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:

7j. DIRECCION:

8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE SU ESTABLECIMIENTO:

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

☐	LUNES		
☐	MARTES		
☐	MIERCOLES		
☐	JUEVES		
☐	VIERNES		
☐	SÁBADO		
☐	DOMINGO		

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9a. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO

9b. APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

9c. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

☐	LUNES		
☐	MARTES		
☐	MIERCOLES		
☐	JUEVES		
☐	VIERNES		
☐	SÁBADO		
☐	DOMINGO		



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección Regional
de Salud Ica

Dirección de Medicamentos
Insumos y Drogas Ica

10. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (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: ...)

☐	LUNES		
☐	MARTES		
☐	MIÉRCOLES		
☐	JUEVES		
☐	VIERNES		
☐	SÁBADO		
☐	DOMINGO		

11. REQUISITOS - ORDENANZA REGIONAL N°005-2023-GORE-ICA

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada dirigida al Director Regional de Salud, suscrita por el Propietario y/o Representante y el profesional Químico Farmacéutico que asume la Dirección Técnica.
2. Croquis de distribución interna del almacén, indicando el volumen útil de cada almacenamiento. máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formato A-3.
3. Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda.
4. Copia del Certificado de Habilidad profesional vigente expedido por el Colegio Químico Farmacéutico Departamental de Ica.
5. Copia del comprobante de pago.

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

Firma del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico