



Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

FORMATO A

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE:

b) TRASLADO DE:

☐
☐

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	BOTICA ☐	FARMACIA ☐
2. NOMBRE COMERCIAL:		
3. RAZON SOCIAL:		
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:		
5. DISTRITO:		6. PROVINCIA:
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)		
7a URB./AA.HH:		
7b. NÚMERO		7c. INTERIOR
7d. MANZANA		7e. LOTE
8. DOMICILIO FISCAL		
9. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO		
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)
☐ LUNES	☐ VIERNES	
☐ MARTES	☐ SÁBADO	
☐ MIERCOLES	☐ DOMINGO	
☐ JUEVES		
10. CORREO ELECTRONICO DEL EEF		11. TELEFONO
12. ACTIVIDADES		
12.1 DISPENSACION Y EXPENDIO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS	☐	
12.1.1 ELABORACIÓN DE PREPARADOS FARMACÉUTICOS	☐	
12.2 ESPECIALIZADA EN:	☐	
12.2.1 LA DISPENSACION Y EXPENDIO DE ALGUN TIPO DE PRODUCTO O DISPOSITIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA	☐	
DESCRIBIR EL PRODUCTO O DISPOSITIVO:		
12.2.2 ELABORACIÓN PREPARADOS FARMAÉUTICOS	SI ☐	NO ☐
FORMULAS MAGISTRALES	☐	OFICINALES ☐
13. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?	SI ☐	NO ☐
14. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS COMPLEMENTARIOS:	SI ☐	NO ☐
ESPECIFICAR:		
15. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI ☐	PSICOTROPICO ☐
		ESTUPEFACIENTE ☐
	NO ☐	
16. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI ☐	PSICOTROPICO LISTA IVB ☐
	NO ☐	

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

17. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS:

NOMBRES:

18. CORREO ELECTRONICO

19. TELEFONO



Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

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.

20. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

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

21. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

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

22. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

23. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

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

24. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

25. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

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

26. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

27. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

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

28. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO: PROVINCIA:

29. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TELEFONO:

email

30. N° DE CONSTANCIA DE PAGO

31. DIA DE PAGO



Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y el manual de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, aprobado por Resolución Ministerial N° 554-2022-MINSA 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.

32. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 188 DEL TUPA/MINSA)

Para funcionamiento y traslado

Oficinas Farmacéuticas (Farmacia o Botica)

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Croquis de distribución interna del establecimiento, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3
- 3 Si la farmacia y botica va a realizar preparados farmacéuticos, debe presentar croquis de distribución interna del área de preparados, en formato A-3.

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 FALSEDADES 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 DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS..