



FORMATO A-1: Solicitud- Declaración Jurada	
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:	
a) FUNCIONAMIENTO DE:	<input type="checkbox"/>
b) TRASLADO DE:	<input type="checkbox"/>

Nº DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

1. CLASE: FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL: (Según RUC)

3. RAZÓN 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.:

10b. NÚMERO 10c. INTERIOR 10d. MANZANA 10e. LOTE

11. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

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"/> SABADO
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

12. NOMBRE COMERCIAL: (Según RUC)

13. RAZÓN SOCIAL:

14. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

15. DISTRITO: 16. PROVINCIA:

17. CALLE: (Av, Jr, Carr)

17a. URB./ AA.HH.:

17b. NÚMERO: 17c. INTERIOR 17d. MANZANA 17e. LOTE

18. DOMILIO FISCAL:

19. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

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"/> SABADO
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	

20. CORREO ELECTRONICO DEL EEF: 21. TELEFONO

22. SERVICIO TERCIALIZADO: SI NO

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

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

Q.F. RESPONSABLE

N° CQFP

23.2. DISPENCIACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Q.F. RESPONSABLE

N° CQFP

23.3 FARMACOTÉCNIA

Q.F. RESPONSABLE

N° CQFP

23.4 FARMACIA CLÍNICA

Q.F. RESPONSABLE

N° CQFP

OTRAS:

24. ¿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

25. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:

SI

PSICOTROPICO

ESTUPEFACIENTE

NO

26. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESTACIÓN DE BALANCE:

SI

PSICOTROPICO LISTA IVB

NO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

27. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS

NOMBRES

28. CORREO ELECTRONICO

29. 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 manejaran Drogas.

30. DIRECTOR TÉCNICO – QUIMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS

NOMBRES

C.Q.F.P. N°

Email

DNI

TELEFONO

31. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

LUNES

VIERNES

MARTES

SABADO

MIERCOLES

DOMINGO

JUEVES

32. QUÍMICO FRMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA)

APELLIDOS

NOMBRES

C.Q.F.P. N°

Email

DNI

TELEFONO

33. 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"/>	SABADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____				

34. QUÍMICO FRMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA)

APELLIDOS NOMBRES

C.Q.F.P. N° Email DNI TELEFONO

35. 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"/>	SABADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____				

36. QUÍMICO FRMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA)

APELLIDOS NOMBRES

C.Q.F.P. N° Email DNI TELEFONO

37. 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"/>	SABADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____				

38. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO)

UBICACIÓN ANTERIOR

DISTRITO PROVINCIA

39. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO TELEFONO

Email

40. N° DE CONSTANCIA DE PAGO**41. DÍA 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 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.

22. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N°188 DEL TUPA/MINSA)**Para funcionamiento y traslado****Farmacias de los establecimientos de Salud**

1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.

2 Croquis de distribución interna del establecimiento de salud, incluyendo las áreas técnicas de la unidad productora de servicio, indicando los metrajes de cada área, en formato A-3

LO CUAL DECLARÓ 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

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 VARIACION O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMAL LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMO Y DROGAS.