GOBIERNO REGIONAL CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CALLAO
DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS
DIRECCION DE FISCALIZACION, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

FORMATO A-8
Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CAMBIOS, MODIFICACIONES O AMPLIACIONES DE LA INFORMACIÓN DECLARADA:

a) MODIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ☐
(Consignar todas las actividades con las que quedaran autorizadas)

b) MODIFICACION DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACEN ☐

c) OTROS…….. ☐

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT, o autorizado ante DIRESA-Callao)

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:**

5.1 PARA DROGUERIAS (Solo en caso de Modificación de actividades, consignar todas las actividades con las que quedarán autorizadas)

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 ☐

DISPOSITIVOS MÉDICOS:

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		**CLASE II, de**	**CLASE III**, de	**CLASE IV,**
	No Estéril	Estéril	Moderado riesgo	Alto Riesgo	Críticos en materia de Riesgo
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	☐	☐	☐	☐	☐
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	☐		☐	☐	☐
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TEC. CONTROLADA			☐	☐	☐
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnóstico)	☐				
4a. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico) , que no requiere cadena de frio	☐				

GOBIERNO REGIONAL CALLAO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD REGION CALLAO

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Según lo autorizado ante DIRESA-CALLAO)

6a. Calle / Jirón / Avenida:		N°:	INT.:
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:

6c. DISTRITO:		**6d.** PROV.:		**6e.** DPTO.:	
6f. Correo Electrónico:		**6g.** Teléfono:			

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:

7a. Calle / Jirón / 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:

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

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

9. REQUISITOS

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

Número de Constancia 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 y sello del Director Técnico

Firma y sello del Director o Representante Legal del Establecimiento Farmacéutico