

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-9	
Solicitud - Declaración Jurada	
AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LA AMPLIACIÓN DE:	
a) ALMACEN DE DROGUERIA	<input type="checkbox"/>
b) ALMACEN ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por 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. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado ANTE DIRESA-CALLAO):

5a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
5c. DISTRITO:	<input type="text"/>	5d. PROV.:	<input type="text"/>	5e. DPTO.:	<input type="text"/>
5f. Correo Electronico:	<input type="text"/>	5g. Telefono:	<input type="text"/>		

6. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN AUTORIZADO ANTE DIRESA-CALLAO:

6a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
6c. DISTRITO:	<input type="text"/>	6d. PROV.:	<input type="text"/>	6e. DPTO.:	<input type="text"/>

7. ALMACEN N°...(En caso de contar con más de un almacén autorizado)

7a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
7c. DISTRITO:	<input type="text"/>	7d. PROV.:	<input type="text"/>	7e. DPTO.:	<input type="text"/>

8. INFORMACIÓN DEL ALMACÉN A AMPLIAR (Según lo consignado en el RUC/SUNAT)

8a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
8b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
8c. DISTRITO:	<input type="text"/>	8d. PROV.:	<input type="text"/>	8e. DPTO.:	<input type="text"/>

8f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI

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

8g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

8h. NOMBRE COMERCIAL:

8i. RAZÓN SOCIAL:

9. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9a. PROFESION: QUÍMICO FARMACÉUTICO

9b. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF:

10. REQUISITOS:

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
2. Croquis de ubicación del almacén, en caso que la ampliación solicitada sea en dirección diferente a la autorizada.
3. Croquis de distribución interna del almacén, indicando el volumen útil de 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 formatos A-3.
4. Autorización emitida por el Instituto Peruano de Energía Nuclear-IPEN, para el caso de droguerías que importan o comercializan equipos biomédicos de tecnología controlada que emitan radiaciones ionizantes.

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 del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico