



Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro

FORMATO A

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE:

☐

b) TRASLADO DE:

☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA ☐ FARMACIA ☐

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO:

6. PROVINCIA:

7. CALLE: (Av, Jr, Carr)

7a NÚMERO 7b. INTERIOR 7c. MANZANA 7d. LOTE

7e URB./AA.HH:

8. DOMICILIO FISCAL

(OPCIONAL)

9. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días

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

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

☐ LUNES	☐ VIERNES
☐ MARTES	☐ SABADO
☐ MIERCOLES	☐ DOMINGO
☐ JUEVES	

10. CORREO ELECTRONICO DEL EEF 11. TELEFONO

12. ACTIVIDADES

12.1 DISPENSACION Y EXPENDIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS ☐

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 PREPARADOS FARMACÉUTICOS

SI ☐ NO ☐

FORMULAS MAGISTRALES ☐ OFICINALES ☐ HOMEOPÁTICOS ☐

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 SANITARIOS COMPLEMENTARIOS: SI ☐ NO ☐

ESPECIFICAR:



Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro

15. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:

SI ☐

PSICOTROPICO ☐

NO ☐

ESTUPEFACIENTE ☐

16. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS PSICOTROPICOS DE LA LISTA IVB ;

SI ☐

NO ☐

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

17. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS

NOMBRES

18. CORREO ELECTRONICO

19. 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 manejará productos controlados sujetos a presentación de balance.

20. DIRECTOR TECNICO- QUIMICO FARMACEUTICO

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

☐

SABADO

☐

MIERCOLES

☐

DOMINGO

☐

JUEVES

22. QUIMICO FARMACEUTICO 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

☐

SABADO

☐

MIERCOLES

☐

DOMINGO

☐

JUEVES

24. QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE(CUANDO CORRESPONDA)

APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:



Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro

25. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

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

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

☐

LUNES

☐

MARTES

☐

MIÉRCOLES

☐

JUEVES

☐

VIERNES

☐

SABADO

☐

DOMINGO

26. QUIMICO FARMACEUTICO 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

☐

MARTES

☐

MIÉRCOLES

☐

JUEVES

☐

VIERNES

☐

SABADO

☐

DOMINGO

28. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:

DISTRITO:

PROVINCIA:

29. N° DE COMPROBANTE DE PAGO

30. FECHA 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 en el Manual de Buenas Practicas de Oficina farmacéutica aprobado por la Resolución Ministerial N° 554-2022/MINSA del 26 de julio del 2022, así como 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.

31. REQUISITOS

Oficinas Farmacéuticas (Farmacia o Botica)

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Croquis de ubicación del establecimiento.
- 3 Croquis de distribución interna del establecimiento indicando los metrajes de cada área, en formato A-3.
- 4 Si la farmacia o botica va a realizar preparados farmacéuticos, adjuntar croquis de distribución interna del área de preparados en formato A3.

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.

Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante
Legal del Establecimiento Farmacéutico

Sello y firma del Q.F. Asistente

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.