



DIRECCIÓN REGIONAL DE
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
MEDICAMENTOS INSUMOS Y
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO A-2
Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE AMPLIACIÓN O
MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DECLARADA DE:**

- a) AMPLIACIÓN DE AREAS
- b) MODIFICACIÓN DE AREAS

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:
<https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

| INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO | |
|---|---|
| 1. CLASE: | FARMACIA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA DE EESS <input type="checkbox"/> BOTIQUÍN <input type="checkbox"/> |
| 2. RAZON SOCIAL: | <input type="text"/> RUC N°: <input type="text"/> |
| 3. NOMBRE COMERCIAL: | <input type="text"/> |
| (Según RUC) | |
| 4. DIRECCIÓN: (Av., Jr., Carr) | <input type="text"/> |
| | NÚMERO <input type="text"/> INTERIOR <input type="text"/> MANZANA <input type="text"/> LOTE <input type="text"/> |
| URB./AA.HH: | <input type="text"/> |
| 5. DISTRITO: | <input type="text"/> |
| 6. PROVINCIA: | <input type="text"/> |
| 7. GEOREFERENCIACIÓN | <input type="text"/> |
| INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL | |
| 10. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL | |
| APELLIDOS | <input type="text"/> |
| NOMBRES | <input type="text"/> |
| DNI | <input type="text"/> |
| TELEFONO | <input type="text"/> |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS | |
| 11. | <input type="text"/> |
| LEGIBLE, OBLIGATORIO | |
| AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS | |
| MARCAR <input type="checkbox"/> | |
| INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA 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° presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico. | |
| 12. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO. | |
| APELLIDOS: | <input type="text"/> |
| NOMBRES: | <input type="text"/> |
| C.Q.F.P. N°: | <input type="text"/> |
| email | <input type="text"/> |
| DNI | <input type="text"/> |
| TF: | <input type="text"/> |
| LEGIBLE, OBLIGATORIO | |
| 13. DETALLE EL AREA QUE VA AMPLIAR O MODIFICAR: | |
| <input type="text"/> | |
| ADJUNTAR CROQUIS indicando metraje de cada área, en hoja A-3, según lo establecido en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos | |
| INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO | |
| 14. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: | SI <input type="checkbox"/> ESTUPEFACIENTES <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> |
| 15. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: | SI <input type="checkbox"/> PSICOTROPICO LISTA IVB <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> PRECURSORES <input type="checkbox"/> |

PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE

16. N° DE RECIBO DE PAGO

IMPORTE

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 las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial N° 554-2022/MINSA del 26 de julio del 2022, 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.

REQUISITOS

1

Solicitud con carácter de Declaración Jurada (FORMATO A-2) dirigida a la autoridad regional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios o quien haga sus veces, que incluya número y fecha de la constancia de pago

2

Documentación que sustente el cambio: Croquis de distribución interna del establecimiento, indicando los metrajes de cada área, en hoja A-3 (Suscrito por el Representante legal y Director Técnico)

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Profesional.

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.

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..

Adjunto expediente en Original y Copia

Puno, de Del 20.....

Sello y firma del Director Técnico

Firma y sello del Propietario o Representante Legal
Establecimiento Farmacéutico