

DIRECCIÓN REGIONAL DE  
SALUD PUNODIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS Y  
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO A-3**  
**Solicitud - Declaración Jurada**

- a) CERTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE OFICINA FARMACÉUTICA
- b) RENOVACION DE BUENAS PRÁCTICAS DE OFICINA FARMACÉUTICA
- c) BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO (BOTIQUÍN)

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:  
<https://forms.gle/FWuhu8JYXpDXMDs7J8>

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

1. CLASE: FARMACIA  BOTICA  FARMACIA DE EESS  BOTIQUIN

2. RAZON SOCIAL:

3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

4. NOMBRE COMERCIAL:   
(Según RUC)

5. DIRECCION: (Av, Jr, Carr)

URB./AA.HH:

NUMERO  INTERIOR:  MANZANA:  LOTE:

6. DISTRITO:  7. PROVINCIA:

7. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: Marcar con X los días y especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	A	_____					

SEGÚN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

8. N° DE CERTIFICADO DE BPOF:  EN CASO DE RENOVACION DE BPA  
FECHA DE EMISIÓN

**INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

9. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

DNI  TELEFONO

**CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS**

10.

LEGIBLE, OBLIGATORIO MARCAR

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

**INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

11. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS  NOMBRES

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

12. HORARIO DE LABOR: Marcar con X los días y especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	A	_____					

SEGÚN REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

13. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

APELLIDOS  NOMBRES   
 C.Q.F.P. N°:  EMAIL:  DNI:  CELULAR:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

14. HORARIO DE LABOR: Marcar con X los días y especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES:	_____	A	_____					

SEGUN RESOLUCION DE AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO

15. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

APELLIDOS  NOMBRES   
 C.Q.F.P. N°:  EMAIL:  DNI:  CELULAR:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

16. HORARIO DE LABOR: Marcar con X los días y especificar las Horas (De:.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES:	_____	A	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO:	_____	A	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES:	_____	A	_____					

SEGUN RESOLUCION DE AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

17. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI <input type="checkbox"/>	ESTUPEFACIENTES	<input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>		
18. 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

19. N° DE RECIBO DE PAGO  IMPORTE  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 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, en FORMATO A-3

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

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 COMUNICADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

Puno, ..... de ..... Del 20.....

Sello y firma del Propietario o Representante Legal

Sello y firma del Director Tecnico/Quimico Farmacéutico.