



N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO AC-1**  
**Solicitud - Declaración Jurada****COMUNICACIÓN DE NUEVA DIRECCIÓN  
TÉCNICA:**DIRECCIÓN TÉCNICA   
ASISTENTE **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  BOTICA  FARMACIA DE EESS  BOTIQUIN

2. RAZON SOCIAL:  RUC N°

3. NOMBRE COMERCIAL:   
(Según RUC)

4. DIRECCIÓN:   
(Av., Jr., Carr)

NÚMERO  INTERIOR  MANZANA  LOTE

URB./AA.HH:

5. DISTRITO:  6. PROVINCIA:

9. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>		

**INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

11. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

DNI  TELEFONO

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

12.

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

**INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QUE ASUMIRA EL CARGO**

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 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 se comercializan productos controlados.

13. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**14. HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO QUE ASUME**

Marcar con X los días      Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

<b>15. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:</b>	SI	<input type="checkbox"/>	<b>ESTUPEFACIENTES</b>	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>		
<b>16. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:</b>	SI	<input type="checkbox"/>	<b>PSICOTROPICO LISTA IVB</b>	<input type="checkbox"/>
	NO	<input type="checkbox"/>	<b>PRECURSORES</b>	<input type="checkbox"/>

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO AC-1**
- 2 Copia del cargo de la renuncia de la Dirección Técnica anterior, presentada al propietario o representante legal del establecimiento o declaración jurada del representante legal del establecimiento indicando que no cuenta con Director Técnico, indicando la fecha de ser el caso.

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. Adjuntar copia de DNI y Título profesional en caso de no encontrarse registrado en el Padrón Nacional de Directores Técnicos de DIGEMID

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.

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

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Director Técnico

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Propietario o Representante Legal