



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE  
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS  
Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO D-4**  
**Solicitud - Declaración Jurada**

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ENCARGO DE  
SERVICIO DE ALMACENAMIENTO A :**

- a. OTRA DROGUERÍA
- b. OTRO ALMACÉN ESPECIALIZADO

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES  
SANITARIAS: <https://forms.gle/FW hu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)			
CATEGORÍA:	DROGUERÍA <input type="checkbox"/>	ALMACEN ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>
1. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input type="text"/>	N° REG DE EF	<input type="text"/>
3. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado por DIREMID):			
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
INT.:	<input type="text"/>	URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>
MZ.:	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>
DPTO.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Georeferenciación <input type="text"/>			
Correo Electronico:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO			
5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN (Según lo autorizado por DIREMID):			
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
INT.:	<input type="text"/>	URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>
MZ.:	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>
DPTO.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Georeferenciación <input type="text"/>			
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
6. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
DNI	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO DE PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
7.	<input type="text"/>		
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"/>
DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO			
8. 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			

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/ ALMACÉN QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN (Según lo autorizado)**

9. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

RAZON SOCIAL:

NOMBRE COMERCIAL

**DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/ ALMACÉN (Según lo autorizado por DIREMID):**

Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.:

URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.

LOTE.:

DISTRITO:

PROV.:

DPTO.:

Georeferenciación

Correo Electronico:

Telefono:

**LEGIBLE, OBLIGATORIO**

**INFORMACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS CONTROLADOS**

10. COMERCIALIZACIÓN DE PSICOTRÓPICOS, ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PRECURSO SI  NO

Marca SI; indicar:

Psicotropicos

SI

NO

Estupefacientes

SI

NO

Psicotropicos Lista IVB

SI

NO

**PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE**

11. N° DE CONSTANCIA DE PAGO

IMPORTE

DÍA DE PAGO

**REQUISITOS:**

1

Solicitud con carácter de Declaración Jurada (**FORMATO D-4**) 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

Copia del contrato entre las partes relacionado al servicio a brindar, de acuerdo a lo establecido en las Buenas Prácticas de Almacenamiento.

3

Croquis de distribución interna del almacén considerando las áreas exclusivas o compartidas incluyendo las climatizadas y refrigeradas, indicando el volumen máximo de almacenamiento en metros cúbicos, en formato A-3. (Suscrito por el propietario / 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.

**Adjunto expediente en Original y Copia**

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

Firma y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal  
y Sello del Establecimiento Farmacéutico