



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) FUNCIONAMIENTO DE:
- b) TRASLADO DE:
- Droguería (OF. Administrativa + Almacén)
 - Almacén
- c) REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: DROGUERÍA ALMACÉN ESPECIALIZADA

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. CALLE: (Av, Jr, Carr)

6. NÚMERO: 7. INTERIOR: 8. MANZANA: 9. LOTE:

10. URB./AA.HH:

11. DISTRITO: 12. PROVINCIA:

13 DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:

14 CALLE: (Av, Jr, Carr)

15 NÚMERO: 16 INTERIOR: 17 MANZANA: 18 LOTE:

19 URB./AA.HH:

20 DISTRITO: 21 PROVINCIA:

22 DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:

23 CALLE: (Av, Jr, Carr)

24 NÚMERO: 25 INTERIOR: 26 MANZANA: 27 LOTE:

28 URB./AA.HH:

29 DISTRITO: 30 PROVINCIA:

31 CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: SI NO

32 INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

32.a REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

32.b NOMBRE COMERCIAL:

32.c RAZÓN SOCIAL:

33 HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ... [Formato 24 horas])

<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	_____	_____			

34 CORREO ELECTRONICO DEL EE. FF 35 TF/ CEL.:



36 CROQUIS DE UBICACIÓN DEL LOCAL (ADJUNTAR EN HOJA ANEXA)

37 CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ESTABLECIMIENTO

Especificar las áreas de: De acuerdo al Art. 18° del D.S. N° 014-2011 y RM N°135-2015-SA/ Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros (Adjuntar plano, indicando el metraje de cada área, en formato A-3)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| a) Área de Recepción | f) Área de baja o rechazados |
| b) Área de Despacho | g) Área Administrativa |
| c) Área de Almacenamiento | h) Señalizar los servicios higiénicos |
| d) Área de Productos controlados (en el caso que dispense este tipo de productos) | i) Devoluciones |
| e) Área de Cuarentena | j) Otros: |

38 TIPO DE PRODUCTOS A COMERCIALIZAR

A.- PRODUCTOS FARMACÉUTICOS:

- a) MEDICAMENTOS
- Especialidades farmacéuticas
- Agentes de diagnóstico
- Radiofármacos
- Gases medicinales
- b) RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:
- Productos naturales de uso en salud
- Recurso natural de uso en salud

C.- PRODUCTOS SANITARIOS:

- a) PRODUCTOS COSMÉTICOS
- b) ARTÍCULOS SANITARIOS
- c) ARTÍCULOS DE LIMPIEZA DOMÉSTICA
- d) PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL

B.- DISPOSITIVOS MÉDICOS:

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de	CLASE III, de	CLASE IV, de
	No Estéril	Estéril	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	Críticos en materia de Riesgo
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGÍA CONTROLADA	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)					<input type="checkbox"/>

- 39 COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:** SI PSICOTROPICO
 NO ESTUPEFACIENTE
- 40 COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:** SI PSICOTROPICO LISTA IVB
 NO

INFORMACIÓN DE LOS REPRESENTANTE (S) LEGAL(ES)

	APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
41	_____	_____	_____
42	_____	_____	_____
43	_____	_____	_____

41a DATOS DEL GERENTE GENERAL:

DNI. N°: Email TF/ CEL.:

DOMICILIO FISCAL:



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 manejan Drogas.

44 DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:
 C.Q.F.P. N°: Email DNI TF

45 HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ... [Formato 24 horas])

<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	_____	_____				

46 QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:
 C.Q.F.P. N°: Email DNI TF

47 HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ... [Formato 24 horas])

<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	_____	_____				

48 QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:
 C.Q.F.P. N°: Email DNI TF

49 HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ... [Formato 24 horas])

<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	_____	_____				

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° 585-99-SA/DM del 27 de noviembre del 1999, 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.

Sello y firma del Director Técnico	Sello y firma del Q.F. Asistente	Sello y firma del Propietario o Representante Legal	Sello del Establecimiento Farmacéutico
N° C.Q.F.P.:	N° C.Q.F.P.:	DNI N°:	

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.