



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACÉN O PLANTA
- b) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO
- c) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL
- d) CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL
- e) CAMBIO DE DIRECCIÓN DE LA OF. ADMINISTRATIVA
- f) CAMBIO DE REPRESENTANTES LEGALES
- g) AMPLIACION DE REPRESENTANTES LEGALES
- h) MODIFICACION DE REPRESENTANTES LEGALES
- i) MODIFICACION DE ACTIVIDADES
(Consiganar toda las actividades con las que quedarán autorizadas)
- j) AMPLIACION DE ACTIVIDADES
(aplica solo para laboratorios)
- k) OTROS:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: DROGUERÍA <input type="checkbox"/>		ALMACÉN ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/>	
2. NOMBRE COMERCIAL: <input type="text"/> (Según RUC)			
3. RAZON SOCIAL: <input type="text"/>			
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: <input type="text"/>		5 N°. REGISTRO DE EF <input type="text"/>	
6 CORREO ELECTRONICO DEL EE. FF <input type="text"/>		7 TF/ CEL.: <input type="text"/>	
8 REPRESENTANTE LEGAL			
APELLIDOS <input type="text"/>		NOMBRES <input type="text"/>	
9 DNI. N°: <input type="text"/>	10 Email <input type="text"/>	11 TF/ CEL.: <input type="text"/>	
12 DOMICILIO FISCAL: <input type="text"/>			
13 DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Según lo autorizado ante la DEMID; en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección):			
14 CALLE: (Av, Jr, Carr) <input type="text"/>			
15 NÚMERO: <input type="text"/>	16 INTERIOR: <input type="text"/>	17 MANZANA: <input type="text"/>	18 LOTE: <input type="text"/>
19 URB./AA.HH: <input type="text"/>			
20 DISTRITO: <input type="text"/>		21 PROVINCIA: <input type="text"/>	
22 DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Según lo autorizado ante la DEMID; en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección):			
23 CALLE: (Av, Jr, Carr) <input type="text"/>			
24 NÚMERO: <input type="text"/>	25 INTERIOR: <input type="text"/>	26 MANZANA: <input type="text"/>	27 LOTE: <input type="text"/>
28 URB./AA.HH: <input type="text"/>			
29 DISTRITO: <input type="text"/>		30 PROVINCIA: <input type="text"/>	
31 CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			



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 (Según lo autorizado ante la DEMID; en caso de cambio de horario, consignar el nuevo horario)

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	_____	_____				

36 TIPO DE PRODUCTOS A COMERCIALIZAR (Consignar con X, Solo en caso de modificación de actividades):

A.- PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: <input type="checkbox"/>	C.- PRODUCTOS SANITARIOS: <input type="checkbox"/>
a) MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>	a) PRODUCTOS COSMÉTICOS <input type="checkbox"/>
- Especialidades farmacéuticas <input type="checkbox"/>	b) ARTÍCULOS SANITARIOS <input type="checkbox"/>
- Agentes de diagnóstico <input type="checkbox"/>	c) ARTÍCULOS DE LIMPIEZA <input type="checkbox"/>
- Radiofármacos <input type="checkbox"/>	DOMÉSTICA <input type="checkbox"/>
- Gases medicinales <input type="checkbox"/>	d) PRODUCTOS ABSORBENTES <input type="checkbox"/>
b) RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES: <input type="checkbox"/>	DE HIGIENE PERSONAL <input type="checkbox"/>
- Productos naturales de uso en salud <input type="checkbox"/>	
- Recurso natural de uso en salud <input type="checkbox"/>	

B.- DISPOSITIVOS MÉDICOS:

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

EN EL CASO DE CAMBIO, MODIFICACION O AMPLIACION DE REPRESENTANTES LEGAL ESPECIFICAR:

37 REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE CESA(N):

	APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
37.a	_____	_____	_____
37.b	_____	_____	_____
37.c	_____	_____	_____
37.d	_____	_____	_____

38 REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE PERMANECEN EN EL CARGO O AMPLIA(N)

	APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
38.a	_____	_____	_____
38.b	_____	_____	_____
38.c	_____	_____	_____
38.d	_____	_____	_____



INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN 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° 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 manejarán Drogas.

39 DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

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

INFORMACIÓN DE DATOS ANTERIORES

40 NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:

41 CLASE ANTERIOR:

42 UBICACIÓN ANTERIOR:

43 DISTRITO:

44 PROVINCIA:

45 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO ANTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

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 CROQUIS DE UBICACIÓN DEL LOCAL (ADJUNTAR EN HOJA ANEXA)

47 DETALLE DEL ÁREA QUE VA CAMBIAR Y/O MODIFICAR:

Especificar las áreas 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)

Sello y firma del Propietario
o Representante Legal

Sello del Establecimiento
Farmacéutico

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.