



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) FUNCIONAMIENTO DE:
- b) TRASLADO DE:
- c) REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA FARMACIA 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. DOMICILIO FISCAL:

14. 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	_____	_____			

15. CORREO ELECTRONICO DEL EE. FF 16. TF/ CEL.:

17. CROQUIS DE UBICACIÓN DEL LOCAL (ADJUNTAR EN HOJA ANEXA)

18. CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ESTABLECIMIENTO

Especificar las áreas de acuerdo al Art. 18° y 37° del D.S. N° 014-2011 y RM N°585-99-SA/DM Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento (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 Dispensación y/o Expendio | 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) Otros: |
| e) Área de elaboración de Preparados Farmacéuticos (en el caso de que las labore, adjuntar croquis de distribución interna, con metraje en formato A-3). | |

19. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ PREPARADOS FARMACÉUTICOS SI NO

FORMULAS MAGISTRALES OFICINALES

20. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?

SI NO

21. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS COMPLEMENTARIOS; TENER PRESENTE LA R.D N.° 006-2015-DIGEMID-DG-MINSA.

SI NO

ESPECIFICAR:

Toda variación o cambio que se desee realizar durante el funcionamiento del establecimiento deberá ser solicitado de acuerdo a la norma legal vigente a la dirección de medicamentos, insumos y drogas.



22. TIPO DE PRODUCTOS A COMERCIALIZAR:

- | | | |
|---|---|---|
| A.- PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: <input type="checkbox"/> | B.- DISPOSITIVOS MÉDICOS: <input type="checkbox"/> | C.- PRODUCTOS SANITARIOS: <input type="checkbox"/> |
| a) Medicamentos <input type="checkbox"/> | a) De bajo riesgo <input type="checkbox"/> | a) Productos cosméticos <input type="checkbox"/> |
| b) Medicamentos herbarios <input type="checkbox"/> | b) De moderado riesgo <input type="checkbox"/> | b) Artículos sanitarios <input type="checkbox"/> |
| c) Productos dietéticos y edulcorantes <input type="checkbox"/> | c) De alto riesgo <input type="checkbox"/> | c) Artículos de limpieza domestica <input type="checkbox"/> |
| d) Productos Biológicos <input type="checkbox"/> | d) Críticos en materia de riesgo <input type="checkbox"/> | |
| e) Productos Galénicos <input type="checkbox"/> | | |

23. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO
NO ESTUPEFACIENTE

24. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO LISTA IVB
NO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

25. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

26. DNI. N°: Email TF/ CEL.:

27. DOMICILIO FISCAL:

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 manejaran Drogas.

28. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: Email DNI TF

29. HORARIO DE LABOR

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

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

30. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: Email DNI TF

31. HORARIO DE LABOR

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

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



32. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

33. HORARIO DE LABOR

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

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

DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TF/ CEL.:

Email :

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
 N° C.Q.F.P:

 Sello y firma del
 Q.F. Asistente
 N° C.Q.F.P:

 Sello y firma del Propietario
 o Representante Legal
 DNI N°:

 Sello del Establecimiento
 Farmacéutico

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.