



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) NUEVO Q.F. ASISTENTE
- b) RENUNCIA DEL Q.F. ASISTENTE
- c) CAMBIO DE HORARIO DEL Q.F. ASISTENTE

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO

- a) OFICINA FARMACÉUTICA:  c) ALMACÉN ESPECIALIZADO:
- BOTICA  FARMACIA
- b) FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD:  d) DROGUERÍA:

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"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

15 N.º R. D DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO:

16 CORREO ELECTRONICO DEL EEF  16. CEL.:

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

17. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

18 DNI. N°:  19 Email  20 CEL.:

21 DOMICILIO FISCAL:



**INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA 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 manejan Drogas.

**22 ASISTENTE - QUÍMICO FARMACÉUTICO (Q.F. ASISTENTE)**

APELLIDOS:  NOMBRES:

23 C.Q.F.P. N°:  24 DNI:  25 CEL.

26 Email

27 N.° R.D QUE ASUME EL Q.F ASISTENTE (en caso de renuncia)

**28 HORARIO DE LABOR DEL Q.F. ASISTENTE**

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	_____	_____				

29 DISPENSA DROGAS SUJETAS A PRESTACIÓN DE BALANCE: SI  PSICOTROPICO   
ESTUPEFACIENTE   
NO

30 DISPENSA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI  PSICOTROPICO LISTA IVB   
NO

31 FECHA DE RENUNCIA AL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO:

**33 HORARIO DE LABOR ANTERIOR DEL Q.F. ASISTENTE (en caso de cambio) :**

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	_____	_____				

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 del 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.

\_\_\_\_\_  
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

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 EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS, REGIÓN DE SALUD DE MADRE DE DIOS.