



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) NUEVA DIRECCIÓN TÉCNICA
- b) RENUNCIA A DIRECCIÓN TÉCNICA
- c) CAMBIO DE HORARIO DEL DIRECTOR TÉCNICO

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO

- a) OFICINA FARMACÉUTICA: BOTICA FARMACIA
- c) ALMACÉN ESPECIALIZADO:
- 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 17 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 DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

23 C.Q.F.P. N°: 24 DNI: 25 CEL.

26 Email

27 N.º R.D QUE ASUME LA DIRECCIÓN TÉCNICA (en caso de renuncia):

28 HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO:

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	_____	_____			

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:

32 HORARIO DE LABOR ANTERIOR DEL DIRECTOR TÉCNICO (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"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

REQUISITOS (PROCEDIMIENTO DEL TUPA/ DIRESA MDD)

- Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- Declaración jurada del representante legal o propietario del establecimiento indicando la fecha desde que no cuenta con Director técnico, jefatura de producción, jefatura de control de calidad, jefatura de aseguramiento de la calidad o Químico Farmacéutico asistente, indicando la fecha, de ser el caso.
- Copia del certificado de habilidad profesional de aquél que asumirá la dirección técnica, jefatura o del Q.F. asistente.
- Pago por derecho de trámite.

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
Director Técnico

Sello y firma del Propietario
o Representante Legal

Sello del Establecimiento
Farmacéutico

N° C.Q.F.P.:

DNI N°:

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.