



N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-1	
Solicitud - Declaración Jurada	
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:	
a) FUNCIONAMIENTO DE:	<input type="checkbox"/>
b) TRASLADO DE:	<input type="checkbox"/>
c) REINICIO DE ACTIVIDADES DE:	<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

1. CLASE: FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. NOMBRE COMERCIAL: \_\_\_\_\_  
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

4. CATEGORIA: \_\_\_\_\_ 5. CLASIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

6. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: \_\_\_\_\_

7. NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: \_\_\_\_\_

8. DISTRITO: \_\_\_\_\_ 9. PROVINCIA: \_\_\_\_\_

10. CALLE: (Av, Jr, Carr) \_\_\_\_\_  
10a URB./AA.HH: \_\_\_\_\_

11. NÚMERO: \_\_\_\_\_ 12. INTERIOR: \_\_\_\_\_ 13. MANZANA: \_\_\_\_\_ 14. LOTE: \_\_\_\_\_

15. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De:.. A: ...)	Especificar las Horas (De:.. A: ...)
<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	_____	

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

16. NOMBRE COMERCIAL: \_\_\_\_\_  
(Según RUC)

17. RAZON SOCIAL: \_\_\_\_\_

18. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: \_\_\_\_\_

19. DISTRITO: \_\_\_\_\_ 20. PROVINCIA: \_\_\_\_\_

21. CALLE: (Av, Jr, Carr) \_\_\_\_\_  
21a URB./AA.HH: \_\_\_\_\_

22. NÚMERO: \_\_\_\_\_ 23. INTERIOR: \_\_\_\_\_ 24. MANZANA: \_\_\_\_\_ 25. LOTE: \_\_\_\_\_

26. DOMICILIO FISCAL: \_\_\_\_\_

27. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De:.. A: ...)	Especificar las Horas (De:.. A: ...)
<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	_____	



28. CORREO ELECTRONICO DEL EEF  29. TELEFONO

30. SERVICIO TERCERIZADO SI  NO

31. ÁREAS TÉCNICAS COMO UNIDAD PRODUCTORA FARMACIA (CUANDO CORRESPONDA)

31.1. GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Q.F RESPONSABLE  N° CQFP

31.2 DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

Q.F RESPONSABLE  N° CQFP

31.3 FARMACOTECNIA

Q.F RESPONSABLE  N° CQFP

31.4 FARMACIA CLÍNICA

Q.F RESPONSABLE  N° CQFP

OTRAS:

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

SI  NO

33. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI  PSICOTROPICO   
LISTAS II A, IIIA, IIIB y IIIC

ESTUPEFACIENTE

NO

34. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE SI   
LISTA IVB

NO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

35. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

36. CORREO ELECTRONICO  37. TELEFONO

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

"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.

38. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

39. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ...) Especificar las Horas (De.. A: ...)

<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	

40. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:



**41. HORARIO DE LABOR**  
 Marcar con X los días      Especificar las Horas (De... A: ...)  
 Especificar las Horas (De... A: ...)

<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	_____	_____			

**42. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 C.Q.F.P. N°: \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ TF: \_\_\_\_\_

**43. HORARIO DE LABOR**  
 Marcar con X los días      Especificar las Horas (De... A: ...)  
 Especificar las Horas (De... A: ...)

<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	_____	_____			

**44. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 C.Q.F.P. N°: \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ TF: \_\_\_\_\_

**45. HORARIO DE LABOR**  
 Marcar con X los días      Especificar las Horas (De... A: ...)  
 Especificar las Horas (De... A: ...)

<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. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):**

UBICACIÓN ANTERIOR: \_\_\_\_\_  
 DISTRITO: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

**47. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS**

\_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 email \_\_\_\_\_

**48. N° DE COMPROBANTE DE PAGO** \_\_\_\_\_ **49. DÍA DE PAGO** \_\_\_\_\_

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y la norma de Buenas Prácticas de Oficina Farmacéutica, aprobada con Resolución Ministerial N° 554-2022/MINSA, del 26 de julio, y sus modificatorias, 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.

**50. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 95 Y 104 DEL TUPA/GORE CAJAMARCA)**

- 50.a Para funcionamiento y traslado**  
**Farmacias de los Establecimientos de Salud**
- Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
  - Copia Simple del DNI del Propietario o Representante Legal.
  - Copia simple de la Ficha RUC, consignando el Nombre Comercial del Establecimiento Farmacéutico.
  - Certificado de Habilidad Profesional del Colegio Químico Farmacéutico de Cajamarca vigente
  - Croquis de distribución interna de la farmacia de los establecimiento de salud, incluyendo las áreas técnicas de la unidad productora de
  - Libro de Ocurrencias para su Registro Correspondientes
  - Resolución de Categorización de la IPRESS
  - Copia del Comprobante de Pago por Derecho de Trámite en Tesorería de la DSRS-Jaén (Sustentado en el TUPA año 2013 GORECA)



**50.b Para Reinicio de Actividades**

- 1 Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.

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.

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Director Técnico

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Propietario o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente

\_\_\_\_\_  
Sello del Establecimiento Farmacéutico

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Q.F. Asistente

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..