



FORMATO A
Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACION SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE:

b) TRASLADO DE:

c) REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA OF. FARMC. ESPECIALIZADA

2. NOMBRE COMERCIAL: _____
(Según RUC)

3. RAZÓN SOCIAL: _____

4. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: _____

5. DISTRITO: _____ 6. PROVINCIA: _____

7. CALLE: (Av, Jr, Carr) _____

7a URB./AA.HH: _____

8. NÚMERO _____ 9. INTERIOR _____ 10. MANZANA _____ 11. LOTE _____

12. DOMICILIO FISCAL _____

13. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

Especificar las Horas (De... A: ...)

LUNES _____
 MARTES _____
 MIERCOLES _____
 JUEVES _____

VIERNES _____
 SÁBADO _____
 DOMINGO _____

14. CORREO ELECTRÓNICO DEL EE.FF _____ 15. TELÉFONO _____

16. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ PREPARADOS FARMACÉUTICOS SI NO
FORMULAS MAGISTRALES OFICINALES

17. 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

18. EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: SI NO

ESPECIFICAR: _____

19. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO
LISTAS IIA, IIIA, IIIB y IIIC ESTUPEFACIENTE

NO

20. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI

LISTA IVB

NO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

21. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

22. CORREO ELECTRÓNICO _____ 23. TELÉFONO _____



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 manejan Drogas.

24. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

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

25. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días 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	_____	_____			

Especificar las Horas (De... A: ...)

26. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

27. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días 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	_____	_____			

Especificar las Horas (De... A: ...)

28. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

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

29. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días 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	_____	_____			

Especificar las Horas (De... A: ...)

31. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR:
 DISTRITO: PROVINCIA:

32. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TELÉFONO:

33. EMAIL

34. N° COMPROBANTE DE PAGO

35. 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.



36. REQUISITOS (PROCEDIMIENTOS N° 94 y 104 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

36.a Para Funcionamiento y Traslado

Oficinas Farmacéuticas (Farmacia y Botica)

- 1 Solicitud de Autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Copia Simple del DNI del Propietario y/o Representante Legal.
- 3 Copia simple de la Ficha RUC, consignando el Nombre Comercial del Establecimiento Farmacéutico.
Para Establecimientos Farmacéuticos dedicados exclusivamente a la comercialización de Dispositivos Médicos de Clase I - De Bajo Riesgo No Estériles, la Dirección Técnica está a cargo de un profesional Químico Farmacéutico u otro Profesional de la Salud cuya formación profesional guarde directa relación con el manejo del dispositivo (Art. 12° del D.S 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos).
- 4 Certificado de Habilidad Profesional del Colegio Químico Farmacéutico de Cajamarca vigente o de otro profesional de la salud, sólo si corresponde.
- 5 Croquis de Distribución Interna del Establecimiento Farmacéutico, indicando los metrajes de cada area, en formato A-3
- 6 Si la Farmacia o Botica va a realizar Preparados Farmaceuticos, debe presentar croquis de distribucion interna del Área de Preparados, en formato A-
- 7 Libro de Ocurrencias para su Registro correspondiente.
- 8 Copia del comprobante de Pago por concepto de Derecho de Trámite, en Tesorería de la DSRS - J (sustentado en el TUPA del año 2013 DIRESA-CAJ/DSRS-JAÉN)

NOTA: Esta documentación deberá ser presentada en Folder de Plástico, para historial de sus expedientes.

36.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

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE, ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS..