

**FORMATO A-2****Solicitud - Declaración Jurada**

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:a) FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIA

b) TRASLADO DE:

- DROGUERÍA (OF. ADMINISTRATIVA + ALMACÉN) - ALMACÉN **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO** (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

5. ACTIVIDADES (Marcar con X, Solo en caso de Funcionamiento):

IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:**A. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

1. MEDICAMENTOS:

- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS - AGENTES DE DIAGNOSTICO - RADIOFÁRMACOS - GASES MEDICINALES

2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:

- PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD - RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD 3. PRODUCTOS GALÉNICOS 4. PRODUCTOS DIETÉTICOS 5. PRODUCTOS EDULCORANTES 6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS 7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS **B. DISPOSITIVOS MÉDICOS**1. CLASE I: - De Bajo Riesgo - De Bajo Riesgo No Estéril 2. CLASE II, de Moderado Riesgo 3. CLASE III, de Alto Riesgo 4. CLASE IV, Críticos en materia de riesgo) 5. EQUIPOS BIOMÉDICOS 6. EQUIPOS BIOMÉDICOS DE TECNOLOGÍA
CONTROLADA 7. DISPOSITIVOS MÉDICOS DE DIAGNOSTICO
INVITRO (Reactivos de Diagnostico) **C. PRODUCTOS SANITARIOS**1. PRODUCTOS COSMÉTICOS 2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL 3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA 4. ARTÍCULOS SANITARIOS

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:

6a. Calle / Jiron / Avenida:

6b. N°

6c. INT.:

6d. MZ.:

6e. LOTE:

6f. URB./AA.HH./PP.JJ.:

6g. DISTRITO:

6h. PROV.:

6i. DPTO.:

6j. Correo Electronico:

6k. Telefono:



7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:

7a. Calle / Jiron / Avenida:					
7b. N°		7c. INT.:		7d. MZ.:	
7f. URB./AA.HH./PP.JJ.:					
7g. DISTRITO:		7h. PROV.:		7i. DPTO.:	
7j. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>					
INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO:					
7k. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:					
7l. NOMBRE COMERCIAL:					
7m. RAZÓN SOCIAL:					

8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE SU ESTABLECIMIENTO:

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

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

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9. DIRECTOR TECNICO QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

9a. APELLIDOS Y NOMBRES:		9b C.Q.F.P. N°:

9c. HORARIO DE LABOR

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

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

10. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

10a. APELLIDOS Y NOMBRES:		10b C.Q.F.P. N°:

10c. HORARIO DE LABOR

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

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



11. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 132 DEL TUPA/MINSA)

- 11.1 COPIA DEL REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE- RUC.
- 11.2 CROQUIS DE UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
- 11.3 CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACEN, EN HOJA TAMAÑO A-3, INDICANDO VOLUMEN UTIL A ALMACENAMIENTO MAXIMO EN M3
- 11.4 CONTRATO POR SERVICIO DE TERCERO CUANDO CORRESPONDA
- 11.5 COMPROBANTE DE PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE
- 11.6 COPIA DEL CERTIFICADO DE HABILIDAD PROFESIONAL DEL DIRECTOR TECNICO

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.

Firma del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico