



FORMATO A-2
Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIA

b) TRASLADO DE:

- DROGUERÍA (OF. ADMINISTRATIVA + ALMACÉN)
- ALMACÉN

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS: NOMBRES:

5. ACTIVIDADES (Marcar con X, Solo en caso de autorizacion 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

8. MEDICAMENTOS HERBARIOS

9. DERIVADO DEL CANNABIS PARA USO MEDICINAL

- MEDICAMENTO HERBARIO
- ESPECIALIDAD FARMACEUTICA
- PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD

C). PRODUCTOS SANITARIOS

- 1. PRODUCTOS COSMÉTICOS
- 2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL
- 3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA
- 4. ARTÍCULOS SANITARIOS

B). DISPOSITIVOS MEDICOS:

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de	CLASE III, de	CLASE IV, Críticos
	No Estéril	Estéril	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	en mater. de Riesgo
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA	/		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)			<input type="checkbox"/>		

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

6a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:



6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
6c. DISTRITO:		6d. PROV.:	6e. DPTO.:
6f. Correo Electronico:			6g. Telefono:

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

7a. Calle / Jiron / Avenida:		Nº:	INT.:
7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
7c. DISTRITO:		7d. PROV.:	7e. DPTO.:
7f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):			
7g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:		<input type="text"/>	
7i. RAZÓN SOCIAL:		<input type="text"/>	

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

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

9b. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

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: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

10b. HORARIO DE LABOR



Marcar con X los días

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

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

11. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 136 DEL TUPA/MINSA)

- Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
- Croquis de ubicación del establecimiento.
- Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formato A-3.
- Autorización emitida por el Instituto Peruano de Energía Nuclear-IPEN, para el caso de droguerías que importan o comercializan equipos biomédicos de tecnología controlada que emitan radiaciones ionizantes.
- Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda.
Para el caso de una droguería que cuente con área de laboratorio de control de calidad, el interesado debe presentar, además, lo siguiente:
- En el formato de solicitud, nombre y número de colegiatura del profesional Químico Farmacéutico que se hará cargo de la jefatura de control de calidad.
- Croquis de distribución interna del laboratorio de control de calidad indicando el nombre de las áreas, en formato A-3.
- Copia de la licencia de zonificación.
- Tipo de análisis a realizar.
- Relación de equipos para el control de calidad.
- Relación de instrumental y materiales.
- Relación de estándares de referencia disponibles.
- Flujograma del proceso de control de calidad de manera integral desde el ingreso de la muestra (objeto de ensayo) hasta la entrega del informe de ensayo o certificado de análisis al cliente.
- Copia del contrato de servicio de tercero, cuando corresponda.

Número de Constancia de pago

Fecha de pago

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