




<b>CÓDIGO</b> INS.DICER.PM2.01-16	<b>FECHA DE VIGENCIA</b> 10-11-2023	<b>VERSIÓN</b> 1	<b>PÁGINAS</b> 1/7
--------------------------------------	--	---------------------	-----------------------

**MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS,  
INSUMOS Y DROGAS**

**INSTRUCTIVO PARA EL TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
TRASLADO DE DROGUERÍAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS.**

DOCUMENTO CONTROLADO POR EL SG

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>ELABORADO POR:</b>	COORDINADOR DEL ÁREA DE AUTORIZACIONES DE ALMACENES Y DROGUERIAS	Q.F. WALTER ARANGO GÓMEZ		10-11-2023
<b>REVISADO POR:</b>	JEFE DE EQUIPO DE ALMACENES Y DROGUERIAS	Q.F. LILIANA NORA CÁRDENAS REYNAGA		13-11-2023
<b>APROBADO POR:</b>	DIRECTOR EJECUTIVO DE LA DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN Y CERTIFICACIÓN	Q.F. LIDA ESTHER HILDEBRANDT PINEDO		13-11-2023

**TÍTULO: TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
TRASLADO DE DROGUERÍAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS**

---

**1. FINALIDAD**

Mejorar la calidad en la presentación de las solicitudes de Autorización Sanitaria de Funcionamiento y Traslado de Droguerías y Almacenes Especializados por parte de los administrados o usuarios.

**2. OBJETIVO**

Establecer la metodología y uniformizar criterios para la correcta presentación de las solicitudes de Autorización Sanitaria de Funcionamiento o Traslado de Droguerías y Almacenes Especializados por parte de los administrados o usuarios, cumpliendo con las exigencias establecidas en la normatividad sanitaria vigente.

**3. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El presente instructivo es de aplicación para toda persona natural o jurídica que solicite la Autorización Sanitaria de Funcionamiento o Traslado de Droguerías, Almacenes Especializados.

**4. BASE LEGAL O REFERENCIAS**

- 4.1 Ley N° 30424 Ley de Anticorrupción del Perú
- 4.2 Ley N° 27815 Ley del Código de Ética de La Función Pública y sus modificatorias.
- 4.3 Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y sus modificatorias.
- 4.4 Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 4.5 Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 4.6 Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que Aprueba la Ley de Organización de Funciones del Ministerio de Salud.
- 4.7 Decreto Legislativo N° 1246, Decreto Legislativo que Aprueba Diversas Medidas de Simplificación Administrativa.
- 4.8 Decreto Legislativa N° 1310, Decreto Legislativo que Aprueba Medidas Adicionales de Simplificación Administrativa.
- 4.9 Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 4.10 Decreto Supremo N° 014-2011-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y sus modificatorias.
- 4.11 Decreto Supremo N° 001-2016-SA, Texto Único de Procedimientos Administrativos-TUPA del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 4.12 Norma Internacional ISO 37001:2016 Sistema de Gestión Antisoborno.
- 4.13 Norma Internacional ISO 9001:2015 Sistema de Gestión Calidad.



**TÍTULO: TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
TRASLADO DE DROGUERÍAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS**

**5. DENOMINACIONES**

DIGEMID : Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas.

DICER : Dirección de Inspección y Certificación

EAD : Equipo de Almacenes y Droguerías

AAAD : Área de Autorizaciones de Almacenes y Droguerías

**6. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

Se detalla los requisitos que debe presentar el administrado de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento N° 136 y 137 del TUPA/MINSA al realizar el trámite de Autorización Sanitaria de Funcionamiento y Traslado de Droguerías y Almacenes Especializados, el correcto llenado del formato Solicitud - Declaración Jurada (Formato A-2 para el caso de Droguerías, Formato A-AE para el caso de Almacenes Especializados):

Descripción		Considerar
Numeral del Formato	Adjuntar solicitud Declaración Jurada (Formato A-2, A-AE,) con los siguientes datos completos y correctos:	Debe descargarse del Portal Web de DIGEMID <a href="https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/formatos-y-tramites-empresa/#1676554464120-584b7a71-97ab">https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/formatos-y-tramites-empresa/#1676554464120-584b7a71-97ab</a>
	Señalar con una "x", el trámite a solicitar	Ubicado en la parte superior derecha del Formato A-2, A-AE.
1	En este campo se consigna el número Registro Único del Contribuyente – N° de RUC.  N° de Registro de EF (No aplica para funcionamiento)	Debe ser acorde con la ficha – RUC.  En caso de traslado, consignar el número de registro del establecimiento.
2	En este campo se consigna el nombre comercial del establecimiento	Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC; en caso de traslado debe ser el nombre comercial autorizado ante DIGEMID.  No debe utilizar una clasificación de establecimiento farmacéutico que no le corresponde, Art. 4° del D.S. 014-2011-SA.



**MINISTERIO DE SALUD  
DIGEMID**

**CÓDIGO: INS.DICER.PM2.01-16**

**PÁGINA: 4 de 7**

**TÍTULO: TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
TRASLADO DE DROGUERÍAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS**

3	En este campo se consigna la razón social	Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC; en caso de traslado debe ser el nombre comercial autorizado ante DIGEMID.
		Sólo consignar en el caso de ser persona jurídica.
		No debe utilizar una clasificación de establecimiento farmacéutico que no le corresponde, Art. 4° del D.S. 014-2011-SA.
4	En este campo se consigna el nombre y apellidos del propietario o representante legal	Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC.
5	<p>Para el caso de Droguerías, en este campo se consigna con una “x” el grupo de productos o dispositivos a importar, comercializar, exportar, almacenar y/o distribuir.</p> <p>Para el caso de Almacenes Especializados, consigna con una “x” el grupo de productos o dispositivos a almacenar y/o distribuir.</p>	<p>Consignar de acuerdo a la clasificación de productos farmacéuticos (A), dispositivos médicos (B), productos sanitarios (C) y/o recursos terapéuticos naturales (D).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el caso de almacenes bajo la modalidad de encargo de servicio de almacenamiento, las actividades deben ser acorde a las autorizadas para el establecimiento que brindará dicho servicio.</li> <li>• Para el caso de productos biológicos y reactivos de diagnóstico que requieren cadena de frío, deberá asegurarse que su almacén cuente con áreas de almacenamiento que requieren dicha condición.</li> <li>• Para el caso de gases medicinales debe contar con almacén delimitado físicamente para dicho producto.</li> </ul>
6	En este campo se consigna la dirección de la oficina administrativa, correo electrónico y teléfono del establecimiento.	<p>La dirección debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC.</p> <p>En caso de traslado de almacén de Droguería, Almacén Especializado, debe ser lo autorizado ante DIGEMID.</p> <p>De ser el caso consignar los interiores y/o pisos del predio en el que se ubica.</p>
7	En este campo se consigna la dirección del almacén.	Debe ser acorde con la información que figura en la ficha – RUC.
		De ser el caso consignar los interiores y/o pisos del predio



**MINISTERIO DE SALUD  
DIGEMID**

**CÓDIGO: INS.DICER.PM2.01-16**

**PÁGINA: 5 de 7**

**TÍTULO: TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
TRASLADO DE DROGUERÍAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS**

		<p>en el que se ubica el almacén.</p> <p>Para el caso de almacenes bajo la modalidad de encargo de servicio de almacenamiento, consignar la información del establecimiento encargado de brindar dicho servicio (Registro Único del Contribuyente - RUC, nombre comercial y razón social)</p>
8	<p>En este campo se consigna el horario de funcionamiento del establecimiento.</p>	<p>Debe ser congruente con el horario de labor del Director Técnico</p>
9 y 10	<p>En este campo se consigna los datos y horario de labor del profesional Director Técnico y de ser el caso del Químico Farmacéutico Asistente.</p>	<p>Consignar apellidos y nombres, correo electrónico, teléfono, DNI y N° de colegiatura del profesional Director Técnico y de ser el caso del Químico Farmacéutico Asistente.</p> <p>Consignar el horario de labor del Director Técnico el cual debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento y de ser el caso del Químico Farmacéutico Asistente.</p> <p>De contar con otra Dirección Técnica o Jefatura en otro establecimiento farmacéutico, verificar los horarios de labor en cada establecimiento a fin evitar cruces de horario de labor, asimismo considerar el tiempo necesario de traslado de uno a otro establecimiento.</p>
11	<p>En este campo debe asegurarse que se adjunta todos los requisitos que se debe presentar para la autorización y la rúbrica del representante legal y el profesional que asumirá la Dirección Técnica.</p>	<p>Consignar el número de constancia de pago y fecha del mismo.</p> <p>Al final del formato solicitud – declaración jurada se debe consignar los nombres, apellidos y firma del Director Técnico, asimismo del Representante Legal y sello del establecimiento.</p>
<p><b>Adjuntar los siguientes requisitos:</b></p>		



MINISTERIO DE SALUD  
DIGEMID

CÓDIGO: INS.DICER.PM2.01-16

PÁGINA: 6 de 7

TÍTULO: TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
TRASLADO DE DROGUERÍAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS

I.	Formato de solicitud - declaración jurada (A-2, A-AE).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe consignar los datos requeridos en los campos correspondientes, legibles, claros y sin enmendaduras.</li><li>• Debe ser el formato actual y original, sin modificaciones que se encuentra disponible en el portal institucional de la página web de DIGEMID.</li></ul>
II.	Croquis de distribución interna del almacén	Debe ser presentado en formato A-3
		De encontrarse la oficina y almacén en la misma dirección, presentar un croquis integral en hoja tamaño A-3, donde se puede verificar la distribución de la oficina administrativa y el almacén de la Droguería.
III.	Copia del contrato de servicios de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda	En el croquis de distribución interna del almacén, indicar 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, considerando lo establecido en el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento.
		Cuando el almacén es por encargo de servicio de almacenamiento, deberá verificar que la dirección del almacén que declara, sea la misma autorizada del establecimiento que brindará el servicio. Asimismo, el horario de funcionamiento y las actividades del establecimiento que encarga el servicio debe ser congruente con el horario y actividades del establecimiento farmacéutico que brindará el servicio.

Finalmente, escanear el expediente completo en archivo PDF en una resolución claro y legible para la presentación a través de mesa partes virtual en el siguiente link:  
<https://www.digemid.minsa.gob.pe/digemidVirtual/>

Nota, se aceptan formato JPG o fotos



TÍTULO: TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO O  
TRASLADO DE DROGUERÍAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS

---

7. REGISTROS

Descripción	Código	Lugar de Archivo
Formato A-2 Solicitud – Declaración Jurada	---	Físico y/o Virtual
Formato A-AE Solicitud – Declaración Jurada	---	Físico y/o Virtual

8. HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

N° de versión	N° de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

Dirección de Inspección y Certificación

### FORMATO A-2

Solicitud - Declaración Jurada

Nº 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°:  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 autorización de funcionamiento):

IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:

##### A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

1. MEDICAMENTOS:
- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS
  - AGENTES DE DIAGNOSTICO
  - RADIOFÁRMACOS
  - GASES MEDICINALES
2. PRODUCTOS GALÉNICOS
3. PRODUCTOS DIETÉTICOS
4. PRODUCTOS EDULCORANTES
5. PRODUCTOS BIOLÓGICOS
6. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS
7. MEDICAMENTOS HERBARIOS

##### C). PRODUCTOS SANITARIOS

- 1. PRODUCTOS COSMÉTICOS
- 2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL
- 3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA
- 4. ARTÍCULOS SANITARIOS (ARTICULOS PARA BEBE)

##### D). RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:

- 1. PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD
- 2. RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD

##### 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"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)	<input type="checkbox"/>				







PERÚ

Ministerio  
de SaludDirección General  
de Medicamentos, Insumos y Drogas

Dirección de Inspección y Certificación

**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.: **11f. Correo Electronico declarado ante DIGEMID:** 11g. Telefono: 

Autorizo que a través de este **correo electrónico**, se me notifiquen todo los actos administrativos, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 20, numeral 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS.

**7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:** (Congruente con la dirección consignada en el RUC)7a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.: 7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.: 7c. DISTRITO:  7d. PROV.:  7e. DPTO.: 7f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO  SI 

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

7g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: 7i. 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****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)

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
2. Croquis de distribución interna 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.
3. Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, 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 y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal

y Sello del Establecimiento Farmacéutico





**FORMATO A-AE**  
Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:**

a) FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS

b) TRASLADO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS

Nº DE EXPEDIENTE:

FECHA:

**INFORMACIÓN DE LA DIRECCION REGIONAL DE DE SALUD / DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD**

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. REPRESENTANTE LEGAL/DIRECTOR:  
 APELLIDOS:  NOMBRES:

5 DIRECCION  
 5a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:   
 5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.:   
 5c. DISTRITO:  5d. PROV.:  5e. DPTO.:

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

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

7. NOMBRE COMERCIAL:

8. RAZON SOCIAL:

9. REPRESENTANTE LEGAL/DIRECTOR:  
 APELLIDOS:  NOMBRES:

**10. 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. PRODUCTOS GALÉNICOS
3. PRODUCTOS DIETÉTICOS
4. PRODUCTOS EDULCORANTES
5. PRODUCTOS BIOLÓGICOS
6. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS
7. MEDICAMENTOS HERBARIOS

**C). PRODUCTOS SANITARIOS**

- 1. PRODUCTOS COSMÉTICOS
- 2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL
- 3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA
- 4. ARTÍCULOS SANITARIOS (ARTICULOS PARA BEBE

**D). RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:**

- 1. PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD
- 2. RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD



**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"/>		

**11. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:** (Congruente con la dirección consignada en el RUC)11a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.: 11b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.:  LOTE.: 11c. DISTRITO  11d. PROV  11e. DPTO.: 

11f. Correo Electronico declarado ante DIGEMID:

 11g. Telefono: 

Autorizo que a través de este **correo electrónico**, se me notifiquen todo los actos administrativos, de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 20, numeral 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS.

**12. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:** (Congruente con la dirección consignada en el RUC)12a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.: 12b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.:  LOTE.: 12c. DISTRITO  12d. PROV.:  12e. DPTO.: 12f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO  SI 

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

7g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: 7i. RAZÓN SOCIAL: **13. 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****14a. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):**14b. APELLIDOS:  NOMBRES: C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF: 



14c. 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	_____	_____

15. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

15a. APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI  TF:

15b. 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	_____	_____

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

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
2. Croquis de distribución interna del almacén especializado, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo de en metros cúbicos por cada área y las áreas destinadas a productos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formato A-3.
3. Copia del contrato de servicio de almacenamiento, 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 y sello del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal  
y Sello del Establecimiento Farmacéutico

