



FORMATO A-AE

Solicitud - Declaración Jurada

Nº DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS
- b) TRASLADO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS

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