



FORMATO A-4

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

Nº DE EXPEDIENTE:

- a) MODIFICACION DE ACTIVIDADES
(Consignar todas las actividades con las que quedarán autorizadas)
- b) AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES (Solo para el caso de Laboratorios)
- c) MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACÉN
- d) MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DE PLANTA

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA LABORATORIO ALMACEN ESPECIALIZADO

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC Nº: 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 modificación de actividades):

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 MÉDICOS:

	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"/>				
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"/>

5.2 PARA EL CASO DE LABORATORIOS: APLICA PARA AMPLIAR O MODIFICAR ACTIVIDADES

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS: Consignar grupo de productos, areas y forma farmacéutica

GRUPO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO	AREAS					
	SÓLIDOS		SEMISÓLIDOS		LÍQUIDOS	
	Estéril	No Estéril	Estéril	No Estéril	Estéril	No Estéril
	<input type="checkbox"/>					

Forma Farmacéutica:

**PRODUCTOS COSMÉTICOS:** Consignar Área y Forma Cosmética

AREAS		
SÓLIDOS	SEMISÓLIDOS	LÍQUIDOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forma cosmética:

.....

PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL O PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA:

NOMBRE DEL GRUPO DEL PRODUCTO:

DISPOSITIVOS MÉDICOS :

NOMBRE DEL DISPOSITIVO MÉDICO	CLASIFICACIÓN
.....
.....
.....

6. 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 Electrónico 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 O PLANTA MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN: (Según lo autorizado ante DIGEMID)

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. DIRECTOR TÉCNICO : QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email: DNI: TF:

9. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 142 DEL TUPA/MINSA)

- Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- Copia del documento que sustente el cambio, 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