



FORMATO A-2
Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE DROGUERIA

b) TRASLADO DE:

- DROGUERÍA (OF. ADMINISTRATIVA + ALMACÉN)

- ALMACÉN

Nº 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

C). PRODUCTOS SANITARIOS

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

B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:

NIVEL DE RIESGO

	CLASE I: De B. Riesgo		CLASE II, de Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en mater. de Riesgo
	No Estéril	Estéril			
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:		N°:	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°:			
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 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.
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