



**FORMATO A-4**

**Solicitud - Declaración Jurada**

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:**

N° 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 N°:  N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:  
 APELLIDOS:  NOMBRES:

**5. ACTIVIDADES:**

5.1 PARA DROGUERÍAS (Solo en caso de modificacion de actividades, consignar toda las actividades con las que quedarán autorizadas)

**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	CLASE III, de	CLASE IV, Críticos en materia de Riesgo
	No Estéril	Estéril	Moderado Riesgo	Alto 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"/>		

**5.2 PARA EL CASO DE LABORATORIOS: APLICA PARA AMPLIAR O MODIFICAR ACTIVIDADES****PRODUCTOS FARMACEUTICOS:** Consignar grupo de productos, areas y forma farmacéutica

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

Forma Farmacéutica: .....

**PRODUCTOS COSMETICOS:** Consignar Areas y Forma Cosmética

PRODUCTOS COSMETICOS	AREAS					
	SÓLIDOS		SEMISÓLIDOS		LÍQUIDOS	
	Estéril	No Estéril	Estéril	No Estéril	Estéril	No Estéril
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 (Según lo autorizado ante DIGEMID)**

6a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
6c. DISTRITO:		6d. PROV.:	6e. DPTO.:
6f. Correo Electrónico:		6g. Telefono:	

**7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN/PLANTA:** (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:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	email:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	TF:	<input type="text"/>

**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