



SEÑOR GERENTE REGIONAL DE SALUD

SOLICITUD – DECLARACION JURADA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUDDIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y
DROGAS

AUTORIZACIONES SANITARIAS

SOLICITO:	(marcar con una X)
AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO	
AUTORIZACION SANITARIA DE TRASLADO	
AUTORIZACION DE MODIFICACION DE ACTIVIDADES	
AUTORIZACION DE AMPLIACION DE ACTIVIDADES	
OTROS	

1. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO1.1 **CLASE:** (marcar con una X)

OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
O.F. ESPECIALIZADA EN:	
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BOTIQUIN	

2. NOMBRE COMERCIAL: _____ (No incluir "CLASE")

2.1 N° REGISTRO SI-DIGEMID: _____

3. RAZON SOCIAL: _____

4. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: RUC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. ACTIVIDAD ESPECIALIZADA: _____

6. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: TEMPERATURAS: marcar las que maneje

 AMBIENTE HASTA 30°C ☐
 REFRIGERADA 2-8°C ☐

 AMBIENTE CONTROLADA 15-25°C ☐
 CONGELADA -10°C ☐
7. LIBROS: PSICOTROPICOS ☐ ESTUPEFACIENTES ☐ OCURRENCIAS ☐ RECETAS ☐

8. DIRECCION: _____

8.1. DISTRITO: _____ 8.2. PROVINCIA: _____

8.3. GEOREFERENCIACION: Latitud _____ Longitud _____

8.4 Teléfono/Celular del propietario:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8.5 CORREO ELECTRONICO ESTABLECIMIENTO: _____ @ _____

DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

9.1 NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

9.2 DOMICILIO DE NOTIFICACION: _____

9.3 CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACION _____ @ _____

9. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO:
MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS DE FUNCIONAMIENTO

☐	LUNES	_____
☐	MARTES	_____
☐	MIERCOLES	_____
☐	JUEVES	_____
☐	VIERNES	_____
☐	SABADO	_____
☐	DOMINGO	_____

FORMATO "A"**10. DEL PERSONAL: QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:****11.1 NOMBRES Y APELLIDOS:** _____**11.2 C.Q.F.P. N°** _____ **11.3 DNI** _____ **11.4 TELF:** _____**11.5 HORARIO DE LABOR:****MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS**

☐	LUNES	_____
☐	MARTES	_____
☐	MIÉRCOLES	_____
☐	JUEVES	_____
☐	VIERNES	_____
☐	SABADO	_____
☐	DOMINGO	_____

11. QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S):**12.1 NOMBRES Y APELLIDOS:** _____**12.2 C.Q.F.P. N°** _____ **12.3 DNI** _____ **12.4 TELF:** _____**12.5 HORARIO DE LABOR:****MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS**

☐	LUNES	_____
☐	MARTES	_____
☐	MIÉRCOLES	_____
☐	JUEVES	_____
☐	VIERNES	_____
☐	SABADO	_____
☐	DOMINGO	_____

N° CONSTANCIA DE PAGO _____ **MONTO** _____ **FECHA** _____

TODO LO CUAL DECLARAMOS BAJO JURAMENTO 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 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASIMISMO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME LO REGULA EL ART. 411° EN EL CAPÍTULO III DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE.

PROPIETARIO o REP.LEGAL**Q.F. DIRECTOR TECNICO****Q.F. ASISTENTE**.....
(NOMBRE COMPLETO).....
(NOMBRE COMPLETO).....
(NOMBRE COMPLETO).....
(DNI).....
(DNI).....
(DNI)

Toda variación o cambio que se desee realizar en el establecimiento farmacéutico se deberá comunicar ó solicitar la Autorización Sanitaria correspondiente a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Arequipa

REQUISITOS

AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO y TRASLADO (en traslado sin libros y folder)

Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal y por el profesional Q.F. Director técnico y/o Químico Farmacéutico Asistente dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato A)

1. Croquis de ubicación del establecimiento (con puntos de referencia conocido, Iglesia, mercado, comisaria, etc.)
2. Croquis de distribución interna indicando los metrajes de cada área, en tamaño A-3
- * Si la farmacia o botica va a realizar preparados farmacéuticos, croquis de distribución interna del área de preparados, en tamaño A-3.
- * Solo si es farmacia de establecimiento de salud, croquis de la distribución interna de la farmacia, incluyendo las áreas técnicas de la unidad productora de servicio, indicando los metrajes de cada área, en tamaño A-3
3. Libro de ocurrencias (obligatorio) - Libro de Psicotrópicos (opcional) - Libro de Estupefacientes (opcional) - Libro Copiador de recetas (opcional)
4. Copia del recibo de pago

Presentar el expediente en un folder plastificado de color: amarillo (boticas), azul (farmacias), verde (farmacia de establecimientos de salud), rosado (botiquines),

MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DE ACTIVIDADES

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal y por el profesional Q.F. Director técnico y/o Químico Farmacéutico Asistente dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato A)
2. Documento que sustente el cambio (croquis, etc.)
3. Copia Recibo de pago

FORMATO “A” - HOJA ADICIONAL (SOLO CLINICAS, FARES Y HOSPITALES)**12. QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S):****13.1 NOMBRES Y APELLIDOS:** _____**13.2 C.Q.F.P. Nº** _____ **13.3 TELF:** _____**13.4 AREA TÉCNICA:** _____**13.5 HORARIO DE LABOR:****MARCAR CON X LOS DÍAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS**

☐	LUNES	_____
☐	MARTES	_____
☐	MIÉRCOLES	_____
☐	JUEVES	_____
☐	VIERNES	_____
☐	SABADO	_____
☐	DOMINGO	_____

13. QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S):**14.1 NOMBRES Y APELLIDOS:** _____**14.2 C.Q.F.P. Nº** _____ **14.3 TELF:** _____**14.4 AREA TÉCNICA:** _____**14.5 HORARIO DE LABOR:****MARCAR CON X LOS DÍAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS**

☐	LUNES	_____
☐	MARTES	_____
☐	MIÉRCOLES	_____
☐	JUEVES	_____
☐	VIERNES	_____
☐	SABADO	_____
☐	DOMINGO	_____

14. QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S):**15.1 NOMBRES Y APELLIDOS:** _____**15.2 C.Q.F.P. Nº** _____ **15.3 TELF:** _____**15.4 AREA TÉCNICA:** _____**15.5 HORARIO DE LABOR:****MARCAR CON X LOS DÍAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS**

☐	LUNES	_____
☐	MARTES	_____
☐	MIÉRCOLES	_____
☐	JUEVES	_____
☐	VIERNES	_____
☐	SABADO	_____
☐	DOMINGO	_____

PROPIETARIO O REP.LEGAL

.....

(NOMBRE COMPLETO)

.....

(DNI)

Q.F. DIRECTOR TECNICO

.....

(NOMBRE COMPLETO)

.....

(DNI)

Q.F. ASISTENTE

.....

(NOMBRE COMPLETO)

.....

(DNI)

Q.F. ASISTENTE

.....

(NOMBRE COMPLETO)

.....

(DNI)

Q.F. ASISTENTE

.....

(NOMBRE COMPLETO)

.....

(DNI)

Q.F. ASISTENTE

.....

(NOMBRE COMPLETO)

.....

(DNI)