

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS

Y DROGAS

AUTORIZACIONES SANITARIAS

COMUNICACIÓN DE: (marcar con una X)	
ASUME DIRECCION TECNICA	
ASUME QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	
CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO	
CAMBIO DE HORARIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA	
CAMBIO DE HORARIO DE Q. FARMACÉUTICO ASISTENTE	
OTROS:	

1. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO:**1.1 CLASE:** (marcar con una X)

DROGUERÍA	
OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
ALMACEN ESPECIALIZADO	
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. DIRECCION: _____**5.1. DISTRITO:** _____ **5.2. PROVINCIA:** _____**6 Teléfono/Celular del propietario:**

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

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

6.1 CORREO ELECTRONICO: _____ @ _____**7. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)****7.1 NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:** _____**7.2 DOMICILIO DE NOTIFICACION** _____**7.3 CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACION** _____**8. 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-1"**9. DEL PERSONAL: QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:****9.1 NOMBRES Y APELLIDOS:** _____**9.2 C.Q.F.P. N°** _____ **9.3 TELF:** _____**9.4 HORARIO DE LABOR:****MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS**

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

10. QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S):**10.1 NOMBRES Y APELLIDOS:** _____**10.2 C.Q.F.P. N°** _____ **10.3 TELF:** _____**10.4 HORARIO DE LABOR:****MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS**

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

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.

Así mismo declaramos bajo juramento que la infraestructura, equipamiento, personal, almacenamiento y dispensación se llevarán a cabo teniendo en cuenta la legislación y normatividad sanitaria vigente: Ley 29459, D.S. 014-2011-SA y modificatorias, D.S. 016-2011-SA y modificatorias, D.S. 023-2001-SA; Buenas Prácticas vigentes: R.M. 554-2022/MINSA, R.M. 013-2009/MINSA, R.M. 538-2016/MINSA, R.M. 539-2016/MINSA.

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

Toda cambio que se desee realizar en el establecimiento farmacéutico, deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa

REQUISITOS

1. Comunicación 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)
2. Otros, documento que sustente del cambio solicitado

FORMATO "A-1" - HOJA ADICIONAL (SOLO CLINICAS, FARES Y HOSPITALES)**11. QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S):**

11.1 NOMBRES Y APELLIDOS: _____

11.2 C.Q.F.P. Nº _____ 11.3 TELF: _____

11.4 AREA TÉCNICA: _____

11.5 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

12. QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S):

12.1 NOMBRES Y APELLIDOS: _____

12.2 C.Q.F.P. Nº _____ 12.3 TELF: _____

12.4 AREA TÉCNICA: _____

12.5 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

13. 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 DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

- ☐ LUNES _____
- ☐ MARTES _____
- ☐ MIERCOLES _____
- ☐ 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)