

SEÑOR GERENTE REGIONAL DE SALUD



SOLICITUD – DECLARACION JURADA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
AUTORIZACIONES SANITARIAS

SOLICITO: (marcar con una X)	
AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO	
AUTORIZACION SANITARIA DE TRASLADO	
AUTORIZACION MODIFICACIÓN O AMPLIACION DE ACTIVIDADES	
AUTORIZACION ENCARGO DE SERVICIOS DE ALMACENAMIENTO	
AUTORIZACIÓN AMPLIACION DE ALMACEN	
AUTORIZACIÓN MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DE ALMACEN	
OTROS	

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: DROGUERIA ☐ ALMACEN ESPECIALIZADO ☐

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: MARCAR SEGÚN CORRESPONDA

COMERCIALIZACION () DISTRIBUCIÓN ()
ALMACENAMIENTO () IMPORTACIÓN ()

I. PRODUCTOS FARMACEUTICOS:

1. MEDICAMENTOS:

- ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS ()
- AGENTE DE DIAGNOSTICO ()
- RADIOFARMACOS ()
- GASES MEDICINALES ()

7. MEDICAMENTOS HERBARIOS

- PRODUCTO NATURAL ()
- RECURSO NATURAL ()

2. PRODUCTO DIETETICO

()

PRODUCTOS COSMETICOS ()

3. EDULCORANTE

()

PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA ()

4. PRODUCTO BIOLOGICO

()

PRODUCTO ABSORBENTE DE HIGIENE

5. PRODUCTO GALENICO

()

PERSONAL ()

6. PRODUCTO HOMEOPATICO

()

PRODUCTOS SANITARIOS PARA BEBES ()

III. PRODUCTOS SANITARIOS:

II. DISPOSITIVOS MEDICOS

NIVEL DE RIESGO

	CLASE I: B. RIESGO		CLASE II: M. RIESGO	CLASE III: A. RIESGO	CLASE IV: CRITICO EN M. RIESGO
	NO ESTERIL	ESTERIL			
1. DISPOSITIVOS MEDICOS					
2. EQUIPOS BIOMEDICOS					
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA					
4. DE DIAGNOSTICO IN VITRO (REACTIVOS DE DIAGNOSTICO)					

5.1. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: TEMPERATURAS:

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

AMBIENTE CONTROLADA 15-25°C ☐
CONGELADA -10°C ☐

6. LIBROS: PSICOTROPICOS ☐ ESTUPEFACIENTES ☐ LIBRO DE OCURRENCIAS ☐
OBLIGATORIO

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

7.- NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

8. DOMICILIO NOTIFICACION: _____

8.1CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACION: _____

FORMATO "B"

9. DIRECCION OFICINA ADMINISTRATIVA: _____

9.1. DISTRITO: _____ 9.2. PROVINCIA: _____

9.3 Teléfono/Celular del propietario: _____

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

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

9.4 CORREO ELECTRONICO: _____ @ _____

10. NOMBRE DEL ALMACEN: _____

11. DIRECCIÓN DEL ALMACEN: _____

11.1 DISTRITO: _____ 11.2 PROVINCIA: _____

11.3 GEOREFERENCIACION OF. Administrativa: Latitud _____ Longitud _____

11.4 GEOREFERENCIACIÓN del Almacén: Latitud _____ Longitud _____

12. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO POR ENCARGO: SI () NO ()

12.1 ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO: _____

12.2 RAZON SOCIAL: _____

12.3 RUC DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO: _____

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

13. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO: (SOLO LLENAR EN CASO DE ASF *)
MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS DE FUNCIONAMIENTO

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

C.- DEL PERSONAL: QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:

14. . NOMBRES Y APELLIDOS: _____

14.1 C.Q.F.P. N° _____ 14.2. DNI _____ 14.3 TELEFONO: _____

14.4 HORARIO DE LABOR: MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

D.- QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTES(S):

15. . NOMBRES Y APELLIDOS: _____

15.1 C.Q.F.P. N° _____ 15.2 DNI _____ 15.3 TELEFONO: _____

15.4 HORARIO DE LABOR: MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

N° CONSTANCIA DE PAGO _____ MONTO _____ FECHA _____

FORMATO “B”

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 consignado 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

.....
(NOMBRE COMPLETO)

Nº DNI.....

Q.F. DIRECTOR TECNICO

.....
(NOMBRE COMPLETO)

Nº DNI.....

Q.F. ASISTENTE

.....
(NOMBRE COMPLETO)

Nº DNI.....

Toda variación o cambio que se desee realizar en el establecimiento farmacéutico, se deberá solicitar la autorización sanitaria correspondiente o comunicación a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa

REQUISITOS

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

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 B)
2. Croquis de ubicación del local (con puntos de referencia conocido, Iglesia, mercado, comisaria, etc.)
3. Croquis de distribución interna del local en tamaño A3 metrado (con medidas), indicado volumen útil de cada área
4. Libro de ocurrencias (Obligatorio) - Libro de Psicotrópicos (opcional) - Libro de Estupefacientes (opcional)
5. Copia del recibo de pago

Para facilitar el trámite y archivo de su expediente presentar los documentos foliados de atrás para adelante en un folder plastificado de color rojo.

AMPLIACION DE ALMACEN, MODIFICACION DE DISTRIBUCIÓN INTERNA Y MODIFICACION ACTIVIDADES:

1. Solicitud/Declaración Jurada
2. Documento que sustente el cambio en tamaño A3 metrado (con medidas), indicado volumen útil de cada área
3. Copia del recibo de pago

AUTORIZACION ENCARGO SERVICIO ALMACENAMIENTO

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 B)

1. Copia del Contrato entre las partes
2. Croquis de ubicación del local (con puntos de referencia conocido, Iglesia, mercado, comisaria, etc.)
3. Croquis de distribución interna del local en Tamaño A3 metrado, indicado volumen útil y las áreas compartidas y exclusivas
4. Copia del recibo de pago