



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)
ASUME DIRECCION TECNICA	
ASUME QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	
REEMPLAZO POR VACACIONES	
CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL	
AMPLIACION REPRESENTANTE LEGAL	
CAMBIO NOMBRE COMERCIAL	
CAMBIO RAZON SOCIAL	
OTROS:	

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO:

1. CLASE: (marcar con una X)

OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
* ESPECIALIZADA EN:	
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BOTIQUIN	

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

2.1 N° REGISTRO SI-DIGEMID: _____

3. RAZON SOCIAL: _____

3.1. N° RESOLUCION AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO (CASO TRASLADO) _____

4. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: RUC

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

5. ACTIVIDAD ESPECIALIZADA: _____

6. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO: TEMPERATURAS:
 AMBIENTE HASTA 30°C AMBIENTE CONTROLADA 15-25°C
 REFRIGERADA 2-8°C CONGELADA -10°C

7. MANEJA: PSICOTROPICOS ESTUPEFACIENTES

8. DIRECCION: _____

8.1. DISTRITO: _____ **8.2. PROVINCIA:** _____

9. TELEFONO FIJO/CELULAR:

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

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

10. CORREO ELECTRONICO: _____@_____

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

11.1 NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

11.2 NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL (Ampliación): _____

12. DOMICILIO NOTIFICACION: _____

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

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

FORMATO "A-1"**C.- DEL PERSONAL: QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:**

14. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

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

14.3 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

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

15. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

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

15.3 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

E.- DATOS ANTERIORES:

16. REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR: _____

17. RAZON SOCIAL ANTERIOR: _____

18. DIRECTOR TECNICO ANTERIOR: _____

19. OTROS DATOS: _____

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.

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. 585-99-SA/DM, R.M. 013-2009/MINSA; R.M. 538-2016/MINSA.

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 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**PROCEDIMIENTO TUPA GRA CAMBIO NOMBRE COMERCIAL**

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato A 1)
2. Recibo de pago en caja

PROCEDIMIENTO TUPA GRA AUTORIZACION SANITARIA DE NUEVA DIRECCIÓN TECNICA Y/O QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE:

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 1)
2. Recibo de pago en caja

PROCEDIMIENTO TUPA GRA CAMBIO/AMPLIACION DE REPRESENTANTE LEGAL

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato A 1)
2. Copia simple de Ficha RUC donde se consigne el nuevo/ampliación del representante legal
3. Recibo de pago en caja

FORMATO "A" – HOJA ADICIONAL (CLINICAS, HOSPITALES)

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

15. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

15.1 C.Q.F.A. Nº _____ C.Q.F.P. Nº _____ 15.2 TELEFONO: _____

15.3 AREA TECNICA: _____

15.4 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

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

16. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

16.1 C.Q.F.A. Nº _____ C.Q.F.P. Nº _____ 16.2 TELEFONO: _____

16.3 AREA TECNICA: _____

16.4 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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

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

17. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

17.1 C.Q.F.A. Nº _____ C.Q.F.P. Nº _____ 17.2 TELEFONO: _____

17.3 AREA TECNICA: _____

17.4 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

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



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)