



**FORMATO "A 2"****C.- DEL PERSONAL: QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:**

11. NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

11.1 C.Q.F.A. Nº \_\_\_\_\_ C.Q.F.P. Nº \_\_\_\_\_ 11.2 TELEFONO: \_\_\_\_\_

## 11.3 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):**

12. NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

12.1 C.Q.F.A. Nº \_\_\_\_\_ C.Q.F.P. Nº \_\_\_\_\_ 12.2 TELEFONO: \_\_\_\_\_

## 12.3 HORARIO DE LABOR:

MARCAR CON X LOS DIAS Y ESPECIFICAR LAS HORAS

- LUNES \_\_\_\_\_
- MARTES \_\_\_\_\_
- MIERCOLES \_\_\_\_\_
- JUEVES \_\_\_\_\_
- VIERNES \_\_\_\_\_
- SABADO \_\_\_\_\_

**E.- DATOS ANTERIORES:**

13. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_

14. HORARIO DE TRABAJO ANTERIOR: \_\_\_\_\_

## 15. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO ANTERIORES:

TEMPERATURA: AMBIENTE HASTA 30°C  A.CONTROLADA 15-25°C  REFRIGERADA 2-8°C  CONGELADA -10°C 

16 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 COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO Y DE TRABAJO DEL DIRECTOR TECNICO Y DE LOS QUÍMICOS FARMACEUTICOS ASISTENTES**

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)

**PROCEDIMIENTO COMUNICACIÓN DE CAMBIOS O MODIFICACIONES**

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) y documento que sustente la modificación

**PROCEDIMIENTO VISACION DE LIBRO DE OCURRENCIAS**

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal y por el profesional Q.F. Director Técnico, dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato A 2), adjuntar Libro nuevo foliado. Si es por perdida, adjuntar además la denuncia de perdida.