



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	
REINICIO DE ACTIVIDADES	
AUTORIZACION MODIFICACION/AMPLIACION DE ACTIVIDADES	
OTROS	

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**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: _____

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 7.1 LIBRO DE OCURENCIAS _____ FOLIOS

8. DIRECCION: _____

8.1. DISTRITO: _____ 8.2. PROVINCIA: _____

8.3. GEOREFERENCIACION: _____

8.4 TELEFONO FIJO/CELULAR: _____

8.5 CORREO ELECTRONICO ESTABLECIMIENTO: _____ @

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

9.- NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

9.1 DOMICILIO NOTIFICACION: _____

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

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____
<input type="checkbox"/>	SABADO	_____

FORMATO "A"**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. DIRECCION ANTERIOR: _____

13.1 DISTRITO: _____ 13.2.-PROVINCIA: _____

14 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 AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO; AUTORIZACION SANITARIA DE TRASLADO**

- 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)
 - Croquis de ubicación del establecimiento (con puntos de referencia conocido, Iglesia, mercado, comisaria, etc.)
 - Croquis de distribución interna indicando los metrajes de cada área, en formato A-3 metrado
- * Si la farmacia o botica va a realizar preparados farmacéuticos, croquis adicional de distribución interna del área de preparados, en formato 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 formato A-3
- Libro de ocurrencias - Libro de Psicotrópicos (opcional) - Libro de Estupefacientes (opcional) - Libro Copiador de recetas
 - Copia simple de Ficha RUC y
 - Recibo de pago

Para facilitar el trámite y archivo de su expediente presentar los documentos foliados de atrás hacia delante en un folder plastificado de color rosado (botiquines), azul (farmacias), amarillo (boticas), verde (farmacia de establecimientos de salud), anaranjado (botica/farmacia especializada).

FORMATO "A" – HOJA ADICIONAL

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)