



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) |
| ASUME DIRECCION TECNICA | <input type="checkbox"/> |
| ASUME QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE | <input type="checkbox"/> |
| REEMPLAZO POR VACACIONES | <input type="checkbox"/> |
| CAMBIO REPRESENTANTE LEGAL | <input type="checkbox"/> |
| AMPLIACION REPRESENTANTE LEGAL | <input type="checkbox"/> |
| AMPLIACION DE ALMACEN | <input type="checkbox"/> |
| CAMBIO NOMBRE COMERCIAL/RAZON SOCIAL | <input type="checkbox"/> |
| OTROS: (especificar) | |

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: DROGUERIA **ALMACEN ESPECIALIZADO**

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: MARCAR SEGÚN CORRESPONDA **COMERCIALIZACION** () **DISTRIBUCIÓN** ()
ALMACENAMIENTO () **IMPORTACIÓN** ()

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

7. MANEJA: PSICOTROPICOS **ESTUPEFACIENTES**

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

8.1 NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

8.2 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (Ampliación): _____

9. DOMICILIO NOTIFICACION: _____

10. DIRECCION OFICINA ADMINISTRATIVA: _____

10.1. DISTRITO: _____ **10.2. PROVINCIA:** _____

10.3 TELEFONO FIJO/CELULAR:

10.4 CORREO ELECTRONICO: _____@_____

11. NOMBRE DEL ALMACEN: _____

11.1 DIRECCIÓN DEL ALMACEN: _____

11.2 DISTRITO: _____ **11.3 PROVINCIA:** _____

12. NOMBRE DEL ALMACEN (AMPLIACION): _____

12.1 DIRECCIÓN DEL ALMACEN: _____

12.2 DISTRITO: _____ **11.3 PROVINCIA:** _____

FORMATO "B 1"

13. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: SI () NO ()

13.1 NOMBRE COMERCIAL: _____

13.2 RAZON SOCIAL: _____

13.3 RUC DEL ESTABLECIMIENTO:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

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

C.- DEL PERSONAL: QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:

15. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

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

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

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

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

16. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

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

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

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

E.- DATOS ANTERIORES: llenar los datos:

17. REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR: _____

18. RAZON SOCIAL ANTERIOR: _____


19. DIRECTOR TECNICO ANTERIOR: _____

20. OTROS DATOS: _____

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.

FORMATO “B 1”

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. 013-2009/MINSA; R.M. 132-2015/MINSA, R.M. 833-2015/MINSA. R.M. 539-2016/MINSA.

| | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|
| Q.F. DIRECTOR TECNICO | Q.F. ASISTENTE | PROPIETARIO O REP. LEGAL |
| (NOMBRE COMPLETO) | (NOMBRE COMPLETO) | (NOMBRE COMPLETO) |
| Nº DNI..... | Nº DNI..... | Nº DNI..... |
|  | | |
| Q.F. ASISTENTE | Q.F. ASISTENTE | REPRESENTANTE LEGAL |
| (NOMBRE COMPLETO) | (NOMBRE COMPLETO) | (NOMBRE COMPLETO) |
| Nº DNI..... | Nº DNI..... | Nº DNI..... |

Toda variación o cambio que se produzca durante el funcionamiento del establecimiento deberá ser comunicado por escrito a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional 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 B 1)
2. Recibo de pago en caja

PROCEDIMIENTO TUPA GRA ASUME DIRECCION TECNICA

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 B1**)
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 B 1)
2. Copia simple de Ficha RUC donde se consigne el nuevo/ampliación del representante legal
3. Recibo de pago en caja

PROCEDIMIENTO TUPA GRA AMPLIACION DE ALMACEN

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 B1**)
2. Croquis de ubicación del local (con puntos de referencia conocido, Iglesia, mercado, comisaria, etc.)
3. Croquis de distribución interna del local en Formato A3 metrado, indicado volumen útil de cada área
4. Recibo de pago en caja