



**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**

<b>SOLICITO:</b>	(marcar con una <b>X</b> )
CAMBIO HORARIO DE FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/>
CAMBIO HORARIO DE DIRECCION TECNICA	<input type="checkbox"/>
CAMBIO HORARIO DE Q. FARMACEUTICO ASISTENTE	<input type="checkbox"/>
MODIFICACION DE DISTRIBUCION INTERNA	<input type="checkbox"/>
MODIFICACION DE CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	<input type="checkbox"/>
VISACION DE LIBRO DE OCURRENCIAS	<input type="checkbox"/>
OTROS:	<input type="checkbox"/>

**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** ( )

**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**

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

**8.- NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_

**12. DIRECCIÓN DEL ALMACEN:** \_\_\_\_\_

**12.2 DISTRITO:** \_\_\_\_\_ **12.3 PROVINCIA:** \_\_\_\_\_

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

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

## FORMATO “B 2”

**C.- DEL PERSONAL: QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:**

14. NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

14.1 C.Q.F.A. Nº \_\_\_\_\_ C.Q.F.P. Nº \_\_\_\_\_ 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) ASISTENTES (S):**

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 \_\_\_\_\_

**E.- DATOS ANTERIORES:**

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

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

**18. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO ANTERIORES:**

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

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.

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.....

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 QUIMICOS 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 B 2)