DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD I JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA

DEMID JAEN

FORMATO A-3D

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL ☐
b) CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL ☐
c) CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL D. TECNICO, JEFATURAS O Q.F. ASISTENTE ☐
d) CAMBIO DE DIRECCIÓN DE LA OF. ADMINISTRATIVA ☐
e) CAMBIO DE REPRESENTANTES LEGALES ☐
f) AMPLIACION DE REPRESENTANTES LEGALES ☐
g) MODIFICACION DE REPRESENTANTES LEGALES ☐
h) MODIFICACION DE ACTIVIDADES ☐
(Consiganar toda las actividades con las que quedarán autorizadas)
i) AMPLIACION DE ACTIVIDADES ☐
j) MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACÉN ☐
k) OTROS:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DEMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA ☐ ☐ ALMACEN ESPECIALIZADO ☐

1. **REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:** _____ **N°. REGISTRO DE EF** _____
2. **NOMBRE COMERCIAL:** _____
3. **RAZON SOCIAL:** _____
4. **PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:**
   APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____
5. **ACTIVIDADES: OPCIONAL** **(Consignar con X, Solo en caso de modificación de actividades):**

A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

1. MEDICAMENTOS:
   - ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS ☐
   - AGENTES DE DIAGNOSTICO ☐
   - RADIOFÁRMACOS ☐
   - GASES MEDICINALES ☐
2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:
   - PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD ☐
   - RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD ☐
3. PRODUCTOS GALÉNICOS ☐
4. PRODUCTOS DIETÉTICOS ☐
5. PRODUCTOS EDULCORANTES ☐
6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS ☐
7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS ☐
8. MEDICAMENTOS HERBARIOS ☐

C). PRODUCTOS SANITARIOS

1. PRODUCTOS COSMÉTICOS ☐
2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL ☐
3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA ☐
4. ARTÍCULOS SANITARIOS ☐

B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: De B. Riesgo		**CLASE II, de** Moderado Riesgo	**CLASE III**, de Alto Riesgo	**CLASE IV,** Críticos en materia de Riesgo
	No Estéril	Estéril			
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	☐	☐	☐	☐	☐
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	☐		☐	☐	☐
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA			☐	☐	☐
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)			☐		

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado por DEMID; en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección):

6a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:

6c. DISTRITO:		**6d.** PROV.:		**6e.** DPTO.:	

6f. Correo Electronico:		**6g.** Telefono:	

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN (Según lo autorizado por DEMID):

7a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:

7c. DISTRITO:		**7d.** PROV.:		**7e.** DPTO.:	

7f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (En caso de Almacen): **NO** ☐ **SI** ☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

7g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

7h. NOMBRE COMERCIAL:

7i. RAZÓN SOCIAL:

8. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

APELLIDOS Y NOMBRES:

APELLIDOS: **NOMBRES:**

C.Q.F.P N° **MAIL:** **DNI:** **TF:**

9. HORARIO DE LABOR: Consignar solo en caso de cambio de horario del Director Técnico, debe ser congruente con el horario de funcionamien del establecimiento)

Marcar con X los días		Especificar las Horas (De:.. A: …)	
☐	LUNES		
☐	MARTES		
☐	MIERCOLES		
☐	JUEVES		
☐	VIERNES		
☐	SÁBADO		

10. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

10a. APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

C.Q.F.P. N°: _____ **email** _____ **DNI:** _____ **TF:** _____

10b. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días		Especificar las Horas (De:.. A: …)	
☐	LUNES		
☐	MARTES		
☐	MIERCOLES		
☐	JUEVES		
☐	VIERNES		
	SÁBADO		

11. EN EL CASO DE CAMBIO, MODIFICACION O AMPLIACION DE REPRESENTANTES LEGAL ESPECIFICAR:

11.1 REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE CESA(N):

	APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
11.1.1			
11.1.2			
11.1.3			
11.1.4			

11.2 REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE PERMANENCEN EN EL CARGO O AMPLIA(N)

	APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
11.2.1			
11.2.2			
11.2.3			
11.2.4			

12. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 99 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2. Copia del documento que sustente el cambio, cuando corresponda.

Número de Constancia de pago _____ **Fecha de pago** _____

Nota: **En el caso de cambio de horario de atención del establecimiento**, el interesado deberá comunicarlo según lo establece el Artículo 32º del Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado por el Decreto Supremo N° 014-2014-SA.

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

_____
Firma y Sello del Director Técnico

_____
Firma y Sello del Propietario o Representante Legal y Sello del Establecimiento Farmacéutico