FORMATO A
Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) FUNCIONAMIENTO DE: ☐
b) TRASLADO DE: ☐
c) REINICIO DE ACTIVIDADES DE: ☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. **CLASE:** BOTICA ☐ FARMACIA ☐ OF. FARMC. ESPECIALIZADA ☐
2. **NOMBRE COMERCIAL:** _____
3. **RAZON SOCIAL:** _____ **(Según RUC)**
4. **REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:** _____
5. **DISTRITO:** _____ 6. **PROVINCIA:** _____
7. **CALLE: (Av, Jr, Carr)** _____

   7a URB./AA.HH: _____
8. **NÚMERO** _____ 9. **INTERIOR** _____ 10. **MANZANA** _____ 11. **LOTE** _____
12. **DOMICILIO FISCAL** _____
13. **HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO**

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

14. **CORREO ELECTRONICO DEL EE.FF** _____ 15. **TELEFONO** _____
16. **EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ PREPARADOS FARMACÉUTICOS** SI ☐ NO ☐

    FORMULAS MAGISTRALES ☐ **OFICINALES** ☐
17. **EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS?**

    SI ☐ **NO** ☐
18. **EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ SERVICIOS COMPLEMETARIOS:** SI ☐ NO ☐

    ESPECIFICAR: _____
19. **COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:** SI ☐ **PSICOTROPICO** ☐
    LISTAS IIA, IIIA, IIIB y IIIC

    ESTUPEFACIENTE ☐

    NO ☐
20. **COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:** SI ☐
    LISTA IVB

    NO ☐

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

21. **PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

    APELLIDOS _____ **NOMBRES** _____
22. **CORREO ELECTRONICO** _____ 23. **TELEFONO** _____

www.disajaen.gob.pe Jr. Bolívar N° 1560 - Jaén dcvs_jaen@hotmail.com

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

De acuerdo al Art.41 del D.S. Nº 014-2011 "El Director Técnico debe permanecer en el establecimiento durante las horas de funcionamiento del mismo…" "Solo debe existir un Director Técnico por establecimiento farmacéutico el mismo que deberá cumplir con los requisitos del Artículo 12° del presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico y Químicos Farmacéuticos asistentes que permanecerán en el establecimiento farmacéutico durante el horario de atención al público. Asimismo, deberá indicar si en el establecimiento farmacéutico manejaran Drogas.

24. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

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

25. HORARIO DE LABOR

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

26. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

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

27. HORARIO DE LABOR

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

28. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

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

29. HORARIO DE LABOR

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

30.

31. DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

UBICACIÓN ANTERIOR: _____

DISTRITO: _____ **PROVINCIA:** _____

32. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

_____

DISTRITO: _____ **TELEFONO:** _____

33. EMAIL _____

34. N° COMPROBANTE DE PAGO _____ **35. DÍA DE PAGO** _____

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial Nº 585-99-SA/DM del 27 de noviembre del 1999, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. El establecimiento entrará en funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorizacion Sanitaria establecido en el Articulo 21 de la Ley N° 29459.

36. REQUISITOS (PROCEDIMIENTOS N° 94 y 104 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

36.a Para Funcionamiento y Traslado

Oficinas Farmacéuticas (Farmacia y Botica)

1 Solicitud de Autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2 Copia Simple del DNI del Propietario y/o Representante Legal.
3 Copia simple de la Ficha RUC, consignando el Nombre Comercial del Establecimiento Farmacéutico.
Para Establecimientos Farmacéuticos dedicados exclusivamente a la comercialización de Dispositivos Médicos de Clase I - De Bajo Riesgo No Estériles, la Dirección Ténica está a cargo de un profesional Químico Farmacéutico u otro Profesional de la Salud cuya formación profesional guarde directa relación con el manejo del dispositivo (Art. 12° del D.S 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos).
4 Certificado de Habilidad Profesional del Colegio Químico Farmacéutico de Cajamarca vigente o de otro profesional de la salud, sólo si corresponde.
5 Croquis de Distribución Interna del Establecimiento Farmacéutico, indicando los metrajes de cada area, en formato A-3
6 Si la Farmacia o Botica va a realizar Preparados Farmaceuticos, debe presentar croquis de distribucion interna del Área de Preparados, en formato
7 Libro de Ocurrencias para su Registro correspondiente.
8 Copia del comprobante de Pago por concepto de Derecho de Trámite, en Tesorería de la DSRS - J (sustentado en el TUPA del año 2013 DIRESA-CAJ/DSRS-JAÉN)

NOTA: Esta documentación deberá ser presentada en Folder de Plástico, para historial de sus expedientes.

36.b Para Reinicio de Actividades

1 Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2 Copia del comprobante de Pago por concepto de Derecho de Trámite, en Tesorería de la DSRS - J (sustentado en el TUPA del año 2013 GORE/CAJAMARCA)

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.

Sello y Firma del Director Técnico	**Sello y Firma del Propietario o Representante Legal**
Sello y Firma del Q.F. Asistente	**Sello del Establecimiento Farmacéutico**

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE, ACUERDO A LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE, A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS..