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

DEMID JAEN

FORMATO A-2
Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) AMPLIACIÓN DE AREAS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO ☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: FARMACIA ☐ BOTICA ☐ OF. FARMAC. ESPECIALIZADA ☐
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐

2. NOMBRE COMERCIAL:

(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO: **6. PROVINCIA:**

7. CALLE: (Av, Jr, Carr)

5a URB./AA.HH:

8. NÚMERO **9. INTERIOR** **10. MANZANA** **11. LOTE**

12. DOMICILIO FISCAL

13. CORREO ELECTRONICO DEL EE.FF **14. TELEFONO**

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS **NOMBRES**

16. CORREO ELECTRONICO **17. TELEFONO**

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA 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° presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico.

18. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: **NOMBRES:**

C.Q.F.P. N°: **EMAIL** **DNI** **TF:**

19. DETALLE EL AREA QUE VA AMPLIAR O MODIFICAR:

ADJUNTAR CROQUIS EN METRAJE, EN FORMATO A-3, según lo establecido en el Art. 18° del D.S. N° 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y su modficatoria D.S. N° 016-2019-SA

20. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: **TELEFONO:**

EMAIL

21. N° DE CONSTANCIA DE PAGO **22. DÍA DE PAGO**

23. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 100 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2 Croquis de Distribución Interna del Establecimiento Farmacéutico, incluyendo las áreas a ampliar, indicando los metrajes de cada área, en Formato A-3
3 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)

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 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.