FORMATO A-3

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) MODIFICACIÓN DE NOMBRE COMERCIAL ☐
b) MODIFICACIÓN DE LA RAZÓN SOCIAL ☐
c) MODIFICACIÓN DE CLASE DEL ESTABLECIMIENTO ☐
d) MODIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ☐
e) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL ☐
f) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO ☐
g) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DEL HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO ☐
h) MODIFICACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN INTERNA ☐
i) OTROS..... ☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: FARMACIA ☐ BOTICA ☐ OFIC. 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)

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**

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS: **NOMBRES:**

17. CORREO ELECTRONICO **18. TELEFONO**

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 se manejaran Drogas.

19. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: **NOMBRES:**

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

20. 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						

21. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: **SI** ☐ **PSICOTROPICO** ☐ **ESTUPEFACIENTE** ☐ **NO** ☐

22. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: **SI** ☐ **PSICOTROPICO LISTA IVB** ☐ **NO** ☐

23. DATOS ANTERIORES (SOLO LLENE EL DATO ANTERIOR QUE SE ENCONTRABA REGISTRADOS)

REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR:

NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR

CLASE ANTERIOR

DIRECCION ANTERIOR **DISTRITO**

HORARIO ANTERIOR DEL DIRECTOR TÉCNICO

OTROS

24. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: **TELEFONO:**

EMAIL

25. N° DE COMPROBANTE DE PAGO **26. DÍA DE PAGO**

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

1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2 Copia del documento que sustente el cambio, modificación o ampliación, cuando corresponda.
3 Croquis de distribución interna del establecimiento farmacéutico, incluyendo las áreas a modificar, indicando los metrajes en cada área, en Formato A-3.
4 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-CAJ/DSRS-JAÉN)

Nota: En el caso de cambio de horario de atencion del establecimeinto, el interesado deberá comunicarlo según lo establecido en el Articulo 32° del Reglamento de Establecimiento Farmacéutico, aprobado por el Decreto Supremo N° 014-2011-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.

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 NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS.