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-5

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

NUEVA DIRECCIÓN TECNICA ☐

QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE ☐

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA ☐ FARMACIA ☐ OFICINA FARMACÉUTICA ESPECIALIZADA ☐

FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐ DROGUERÍA ☐ ALMACÉN ESPECIALIZADO ☐

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 EEF **15. TELEFONO**

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS **NOMBRES**

17. CORREO ELECTRONICO **18. TELEFONO**

INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QUE ASUMIRA EL CARGO

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 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 comercializan productos controlados.

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** ☐

LISTAS IIA, IIIA, IIIB y IIIC **ESTUPEFACIENTE** ☐

NO ☐

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

LISTA IVB

NO ☐

23. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: **TELEFONO:**

email

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

26. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 111 DEL TUPA GORE / CAJAMARCA)

1. Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
2. Copia del cargo de la renuncia de la Direccion Técnica, presentada al propietario o representante legal del establecimiento anterior o declaracion jurada del representante legal del estableciemitno indicando que no cuenta con Director Técnico, indicando la fecha de ser el caso.
3. Copia del Certificado de Habilidad Profesional
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 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 NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS.