FORMATO A-7

Solicitud - Declaración Jurada

VISACIÓN DE LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE ESTUPEFACIENTES Y/O CONTROL DE PSICOTRÓPICOS

- **ESTUPEFACIENTE IIA** ☐
- **PSICOTROPICO (IIIA, IIIB, IIIC)** ☐
- **PRODUCTOS DE LA LISTA IV B** ☐

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA ☐ FARMACIA ☐ OFIC. FARMAC. 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. CORREO ELECTRONICO DEL EEF _____ **14. TELEFONO** _____

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

15. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS _____ **NOMBRES** _____

16. CORREO ELECTRONICO _____ **17. TELEFONO** _____

18. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

_____

DISTRITO: _____ **TELEFONO:** _____

email: _____

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.

19. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

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

20. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

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

21. N° COMPROBANTE DE PAGO _____ **22. DÍA DE PAGO** _____

ADJUNTAR:

23. LIBRO(S) FOLIADO(S) A VISAR ESTUPEFACIENTES ☐ PSICOTRÓPICOS ☐

24. LIBRO ANTERIOR SI CORRESPONDE ESTUPEFACIENTES ☐ PSICOTRÓPICOS ☐

25. REQUISITOS PARA LA VISACIÓN (PROCEDIMIENTO N° 113 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

1 Solicitud con Carácter de Declaracion 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-CAJ/DSRS JAÉN)

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCION DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCION 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