

## FORMATO "B"

SE SOLICITA: ( ) AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE  
( ) AUTORIZACIÓN SANITARIA DE TRASLADO DEL BOTIQUIN  
REGISTRADO EN LA DIRECCIÓN DE: .....  
.....  
( ) BOTIQUIN COMUNAL.....  
( ) BOTIQUIN PARROQUIAL.....  
( ) BOTIQUIN.....

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN  
S.D.

Yo, ..... propietario ( ) o representante legal ( ) del  
establecimiento farmacéutico: ..... , solicito la Autorización  
Sanitaria de Funcionamiento( ) ó Traslado( ), indicando que:

### DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTIQUIN
2. NOMBRE COMERCIAL: .....  
(Según RUC ó según nombre de la comunidad)
3. DISTRITO: ..... 4. PROVINCIA: .....
5. CALLE: (Avenida, Jirón, Carretera).....
- 5a. Urb./AA.HH. : ..... Otra Referencia: .....
6. NUMERO: ..... 7. INTERIOR: ..... 8. MANZANA ..... 9. LOTE: ..... 10. TELÉFONO: .....
11. RUBROS QUE SE VA EXPENDER Y/O DISPENSAR: PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS  
SANITARIOS DE ACUERDO AL LISTADO APROBADO POR DIGEMID
12. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

DÍAS		HORAS	
DE	A	DE	A

13. CROQUIS DE UBICACIÓN DEL LOCAL Y CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL LOCAL: (De acuerdo al D.S.  
021-2001-SA, especificar las áreas de:

A) DISPENSACIÓN  
B) ALMACENAMIENTO  
C) SERVICIOS HIGIÉNICOS.

(Se adjunta en hoja aparte)

### DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

14. NOMBRES Y APELLIDOS: .....  
(Promotor de salud)
15. NOMBRES Y APELLIDOS: .....  
(Representante de la Comunidad)
16. NOMBRES Y APELLIDOS: .....  
(Representante legal de la Institución que apoya)
17. N° DE D.N.I. del Representante de la Comunidad ó Institución que apoya: .....

17. N° DE RUC: .....

18. DOMICILIO FISCAL: .....

### **DE LOS PROFESIONALES DE SALUD A CARGO:**

El botiquín estará a cargo de personal capacitado en el manejo de productos farmacéuticos.

19. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

20. N° TITULO Y CARRERA PROFESIONAL/TÉCNICA: .....

21. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE	A	DE	A

22. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

21. TÉCNICO EN : .....

22. CAPACITADO POR (Institución) : .....

23. HORARIO DE LABOR: .....

SE ADJUNTA LO SIGUIENTE:

- 1.- Declaración Jurada de cumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Dispensación, firmado por el Representante Legal y el personal a cargo.
- 2.- Copia simple de DNI del propietario o representante legal del Establecimiento Farmacéutico, y copia del comprobante de información registrada de la SUNAT – RUC (código de la actividad económica del E.F. y otros).

Conocemos el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, y nos comprometemos a cumplir los artículos 45°, 46°, 47°, 48°, del mismo: Los botiquines son los establecimientos destinados al expendio y o donación de medicamentos esenciales, productos galénicos de uso externo, recursos terapéuticos naturales e insumos de uso médico-quirúrgico correspondiente al primer nivel de atención, que se encuentra comprendido en el listado que aprueba la DIGEMID”.

Se debe acreditar que el personal a cargo del botiquín está capacitados en el manejo de productos farmacéuticos.

Los locales e instalaciones en donde funcionan los botiquines deberán contar con una infraestructura y equipamiento que garantice la conservación y almacenamiento adecuado de los productos dispensados.

Los datos que se declaran en el presente se realizan 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 del 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.

**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 DEL 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.**

Por tanto, solicito a usted Señor Director, se sirva dar curso a mi solicitud para obtener la autorización Sanitaria de Funcionamiento de mi establecimiento farmacéutico.

..... de ..... del 20.....  
(Lugar) (Día) (Mes)

.....  
**SELLO Y FIRMA**  
**DEL PROFESIONAL DE SALUD**  
**D.N.I.:**

.....  
**SELLO Y FIRMA**  
**TÉCNICO DE SALUD**  
**D.N.I.**

.....  
**Firma del Representante Legal**  
**N° DNI: .....**  
**Y sello de la empresa**

**TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE PRODUZCA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER COMUNICADO A LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS – DEMID JUNIN.**