



FORMATO “B”

SOLICITO:

- () AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO
() AUTORIZACIÓN SANITARIA DE TRASLADO DEL
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REGISTRADO O
AUTORIZADO EN LA DIRECCIÓN DE:

-
() BOTIQUÍN
() BOTICA
() FARMACIA
() FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

S.D.

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN

Yo,

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE () 01 = FARMACIA 02 = BOTICA 03 = FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 04 = BOTIQUÍN

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZÓN SOCIAL:
(Si es Persona Jurídica)

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO: 6. PROVINCIA:

7. CALLE: (Avenida, Jirón, Carretera)

8. NUMERO: 9. INTERIOR: 10. MANZANA: 11. LOTE:

12. Urb./AA.HH.: OTRA REFERENCIA:

13. TELÉFONO:

14. ACTIVIDADES:

☐

DISPENSACIÓN Y EXPENDENDIO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

☐

ESPECIALIZADA EN:

☐

DISPENSACIÓN Y EXPENDIO DE ALGUN TIPO DE PRODUCTO O DISPOSITIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:

DESCRIBIR EL PRODUCTO O DISPOSITIVO:

☐

PREPARADOS FARMACÉUTICOS

☐

EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO REALIZARÁ COMERCIALIZACIÓN A DOMICILIO DE PRODUCTOS O DISPOSITIVOS, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 28° DEL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS

14. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

DIAS		HORAS	
DE	A	DE	A

DATOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural o Jurídica)

15. NOMBRES Y APELLIDOS:

.....
(Si es Persona Natural)

16. RAZÓN SOCIAL:

.....
(Si es Persona Jurídica)

17. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL Ó JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

REPRESENTANTE LEGAL
(Si es Persona Jurídica)

JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

18. N° DE D.N.I. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL **TELÉFONO:**
O JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

19. DOMICILIO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL (DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS) O JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS):

.....

DATOS DE LOS QUÍMICOS FARMACÉUTICO, QUE ASUME EL CARGO:

20. QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO:

20a. NOMBRES Y APELLIDOS:

20b. C.Q.F.P.: **CARGO:** ...DIRECTOR TÉCNICO..... **N° DE D.N.I.:**

TELÉFONO:

20c. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE	A	DE	A

21. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

21a. NOMBRES Y APELLIDOS:

21b. C.Q.F.P.: **CARGO:** ... QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE..... **N° DE D.N.I.:**

TELÉFONO:

21c. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE	A	DE	A

22a. NOMBRES Y APELLIDOS:

221b. C.Q.F.P.: **CARGO:** ... QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE.... **N° DE D.N.I.:**

TELÉFONO:

22c. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE	A	DE	A

23. SE ADJUNTA LO SIGUIENTE:

1. Copia RUC (SUNAT) (donde se consigne nombre comercial, código de la actividad económica del E.F. y otros).
2. Croquis de ubicación del establecimiento y croquis de distribución interna del local (De acuerdo al D.S. 014-SA-2011 Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y R.M. N° 554-2022/MINSA), especificar las áreas de:

- A) RECEPCIÓN
- B) DISPENSACIÓN Y/O EXPENDIO
- C) ALMACENAMIENTO
- D) PRODUCTOS CONTROLADOS, cuando corresponde
- E) BAJA Ó RECHAZADOS
- F) DEVOLUCIONES
- G) FARMACOTECNIA, cuando corresponda (No aplica a farmacias y boticas)
- H) FARMACOVIGILANCIA
- I) SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEÚTICO, cuando corresponda
- J) ADMINISTRATIVA
- K) Otras debidamente separadas delimitadas e identificadas.
- L) ÁREAS AUXILIARES:
 - CAMBIO DE UNIFORME Y CUSTODIA DE LOS ARTÍCULOS PERSONALES;
 - SERVICIOS HIGIÉNICOS INDEPENDIENTES, con implementos de aseo necesarios y ventilados natural o artificialmente.

Para las actividades de farmacovigilancia se puede contar con un área exclusiva o compartida con las áreas de dispensación o seguimiento farmacoterapéutico.

(Se adjunta en hoja A-3 aparte)

3. Certificado de habilidad profesional.
4. Comprobante de pago por derecho de trámite. (S/. 491.90)

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.



Asimismo, damos consentimiento que, ante cualquier observación de los documentos presentados, se nos comunique a:

E- mail (PROPIETARIO) (DIRECTOR TÉCNICO):

Teléfono (PROPIETARIO) (DIRECTOR TÉCNICO):

Por tanto, solicito a usted Señor Director, se sirva dar curso a mi solicitud para obtener la Autorización Sanitaria de Funcionamiento () o Traslado () de mi establecimiento farmacéutico.

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

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
(DIRECTOR TÉCNICO)**

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
ASISTENTE**

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
ASISTENTE**

.....
**FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
ÓJEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SELLO DE
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE PRODUZCA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER COMUNICADO O PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS (DEMID) – DIRESA JUNIN, SEGÚN CORRESPONDA.



DECLARACIÓN JURADA DE:

Yo. propietario
o representante legal del establecimiento farmacéutico:
identificado con DNI N°, domiciliado en
....., distrito de
provincia de y; yo
....., Químico Farmacéutico, identificado con DNI N°
domiciliado en
distrito de. Provincia de
colegiado con N°

DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE DAREMOS:

- ✓ CUMPLIMIENTO DEL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE LA OFICINA FARMACEUTICA.
- ✓ CUMPLIMIENTO AL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS (D.S.014-2011-S.A.) Y DEMÁS NORMAS VIGENTES.

Por tanto, asumiremos la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

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

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
(DIRECTOR TÉCNICO)**

.....
**FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
ÓJEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SELLO DE
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**



DECLARACIÓN JURADA DE:

- **ASUME EL CONTROL DE SUSTANCIAS FISCALIZADAS, CON FIRMA USUAL Y HUELLA DACTILAR.**

Yo,,
Químico Farmacéutico, identificado con DNI N° domiciliado en
....., distrito de
....., provincia de
colegiado con N°, declaro bajo juramento que:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Por tanto asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

..... de del 20
(Lugar) (Día) (Mes)

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
(DIRECTOR TÉCNICO)**


**HUELLA DIGITAL
QUÍMICO FARMACÉUTICO
(DIRECTOR TÉCNICO)**

.....
**FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
ÓJEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SELLO DE
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**



DECLARACION JURADA

Yo
propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico:
....., con RUC N°
identificado con DNI N°....., domiciliado en
..... distrito de
..... provincia de y número
teléfono;

Declaro bajo juramento que, conozco los alcances de las normas referentes al Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos y que, mi establecimiento farmacéutico:
....., ubicado en
.....,
del distrito y provincia de
departamento de JUNÍN; daremos cumplimiento a la R.M N° 431-2011-MINSA, D.S. N° 014-2011-SA Reglamento del Establecimiento Farmacéutico y su modificatoria D.S. N° 033-2014-SA: **Artículo 30°: que establece la obligación de los establecimientos farmacéuticos, para el registro y entrega de información al Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos.**

Por tanto, solicito que, el **USUARIO Y CONTRASEÑA** para el ingreso a la plataforma web del **Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos**, sean remitidos al siguiente correo electrónico:

En caso de incumplimiento asumiré las sanciones establecidas.

..... de del 20
(Lugar) (Día) (Mes)

.....
**FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL
ÓJEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SELLO DE
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**



AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN VÍA CORREO ELECTRÓNICO

Yo, Propietario y/o Representante
Legal del Establecimiento Farmacéutico con Nombre Comercial:
....., con RUC N°; identificado con DNI N°
....., domiciliado en (domicilio actual, no la dirección del establecimiento)
..... referencia
....., distrito provincia
....., Departamento Teléfono Celular

Mediante el presente documento autorizo expresamente que las comunicaciones y/o resoluciones emitidas por la Dirección de Inspección y Certificación (DICER) y/o Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas (DEMID), de la Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA), se me notifique a través del correo electrónico
....., de conformidad con lo establecido por el numeral 20.4 del artículo 20° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

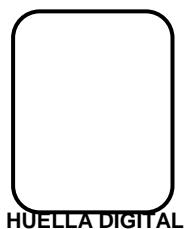
ME COMPROMETO:

- a) Realizar un acuse de recibo en señal de recepción de las resoluciones, comunicaciones u otras notificaciones enviadas por la DICER y/o DEMID a mi correo electrónico.
- b) Recibir en forma física en el domicilio señalado los documentos mencionados en el párrafo anterior, dejando constancia escrita de su recepción con firma y fecha.
- c) Comunicar a DICER y/o DEMID la realización de cambio de mi correo electrónico o domicilio señalado, dentro de los 05 días calendario de realizado. De no comunicarlos se entenderá notificado en los correos electrónicos y domicilio autorizados anteriormente.

Firmo la presente en señal de conformidad,

Huancayo, de de 20.....

FIRMA


HUELLA DIGITAL