



## 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, R.M. N° 554-2022/MINSA y su modificatoria R.M. N° 810-2024/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 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.

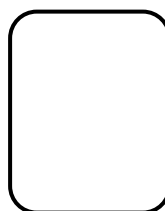
**ME COMPROMETO:**

- 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**