



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS,  
INSUMOS Y DROGAS  
REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS  
Y PROFESIONALES QUIMICOS FARMACEUTICOS

EXP. N°.....

**A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:**

2. RAZON SOCIAL:.....

(Según RUC)

3. NOMBRE COMERCIAL:.....

(Según RUC)

4. REGISTRO EN EL PADRON DE LA DIREMID N°:..... DE FECHA:.....

5. ACTIVIDAD: IMPORTACIÓN .....

DISTRIBUCIÓN .....

- PRODUCTOS FARMACEUTICOS ( )  
- PRODUCTOS COSMETICOS Y DE HIGIENE PERSONAL ( )  
- PRODUCTOS GALENICOS ( )  
- PRODUCTOS Y RECURSOS NATURALES ( )  
- PRODUCTOS DIETETICOS Y EDULCORANTES ( )  
- PRODUCTOS SANITARIOS Y DE HIGIENE DOMESTICA ( )

- INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS Y ODONTOLOGICOS ESTERILES ( )  
- INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS Y ODONTOLOGICOS NO ESTERILES ( )  
- INSTRUMENTAL MEDICO QUIRURGICO Y ODONTOLOGICO ( )  
- EQUIPOS MEDICO, QUIRURGICOS Y ODONTOLOGICO ( )

OTROS (Especifique).....

6. DIRECCION: .....

7. DISTRITO: ..... 8. PROVINCIA: .....

9. TELEFONO: ..... 10. CORREO ELECTRONICO: .....

11. DIRECCIÓN DEL ALMACEN (Si lo tuviera.): .....

12. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: HORAS.....DIAS.....

13. FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: .....

**B.- DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)**

14. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

(Solo Persona natural, según R.U.C.)

15. NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL: .....

(Solo Persona jurídica, según R.U.C.)

16. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:.....

(Solo Persona jurídica, según R.U.C.)

17. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: (RUC).....

18. DOMICILIO FISCAL: .....

(Según R.U.C.)

**C.- DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO REGENTE**

19. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

20. C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N°.....; 21. FECHA DE INICIO ...../...../.....;  
(SOLO EN CASO DE ASUME REGENCIA)

FIN DE REGENCIA: ...../...../.....; REEMPLAZO: DEL...../...../..... AL...../...../.....  
(SOLO EN CASO DE CESE REGENCIA) (EN CASO DE VACACIONES U OTRO MOTIVO)

22. HORARIO DE TRABAJO: HORAS.....DIAS.....

**FORMATO "B"**  
**SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA**

SOLICITA SE REGISTRE LO SIGUIENTE:  
(marcar con una X)

|                            |  |
|----------------------------|--|
| INICIO DE ACTIVIDADES      |  |
| TRASLADO                   |  |
| CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL |  |
| ASUME REGENCIA             |  |
| CESE DE REGENCIA           |  |
| OTROS (especificar)        |  |

1. CLASE:

|           |  |
|-----------|--|
| DROGUERÍA |  |
|-----------|--|

D.- **DATOS ANTERIORES:** en caso de traslado, cambio de nombre comercial, otros (especificar)

....., llenar sólo el (los) dato(s) que ha(n) cambiado:

23. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR.....

24. REGENTE ANTERIOR:..... 25. C.Q.F.A N°.....

26. HORARIO DE TRABAJO ANTERIOR DEL REGENTE: .....

27. NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:.....

28. DIRECCIÓN ANTERIOR:.....

DISTRITO:..... PROVINCIA:.....

29. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO ANTERIOR: HORAS..... DIAS.....

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevarán a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial N° 585-99-SA/DM del 27 de noviembre del 1999.

Lo cual declaro en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y con buena fe, basado en el principio de presunción de veracidad consignado en el Art. IV Inciso 1.7, Ley de Procedimiento Administrativo General; expresando asimismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración, conforme regula el Art. 411° del Código Penal.

\_\_\_\_\_  
Q.F. REGENTE

\_\_\_\_\_  
PROPIETARIO O REPRESENTANTE  
LEGAL

.....  
N° C.Q.F.A. N°. ....

.....  
N° DNI: .....

Toda variación o cambio que se produzca durante el funcionamiento del establecimiento deberá ser comunicado por escrito a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional Arequipa