



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 LABORATORIO

1. CLASE: (marcar con una X)	
LABORATORIO FABRICANTE	
LABORATORIO DE ACONDICIONAMIENTO	

FORMATO "C"
SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA

SOLICITA	SE	REGISTRE	LO	SIGUIENTE:
(marcar con una X)				
INICIO DE ACTIVIDADES				
TRASLADO				
ASUME DIRECCION TECNICA				
ASUME JEFATURA DE PRODUCCIÓN				
ASUME JEFATURA DE CONTROL DE CALIDAD				
CESE DE DIRECCION TECNICA / JEFATURA DE PRODUCCION / JEFATURA DE CONTROL DE CALIDAD				
OTROS (especificar):				

2. RAZON SOCIAL:.....
(Según RUC)
3. NOMBRE COMERCIAL:.....
(Según RUC)
4. REGISTRO EN EL PADRÓN DE LA DIREMID N°..... DE FECHA:

5. ACTIVIDADES:

- PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**
- ESPECIALIDAD FARMACEUTICA ()
 - PRODUCTO GENERICO ()
 - PRODUCTO MEDICINAL HOMEOPÁTICO ()
 - AGENTES DE DIAGNOSTICO ()
 - PRODUCTOS RADIOFARMACOS ()
- PRODUCTOS GALÉNICOS** ()
- PRODUCTOS Y RECURSOS NATURALES**
- RECURSO NATURAL ()
 - PRODUCTO NATURAL ()
- PRODUCTOS DIETÉTICOS Y EDULCORANTES**
- PRODUCTO DIETETICO ()
 - PRODUCTO EDULCORANTE ()
- PRODUCTOS COSMÉTICOS Y DE HIGIENE PERSONAL** ()
- PRODUCTOS SANITARIOS Y DE HIGIENE DOMÉSTICA** ()
- INSUMO, INSTRUMENTAL Y EQUIPO DE USO MEDICO QUIRÚRGICO U ODONTOLÓGICO**
- INSUMOS MEDICOS, QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICOS ESTERILES ()
 - INSUMOS MEDICOS, QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICOS NO ESTERILES ()
 - INSTRUMENTAL MEDICO QUIRÚRGICO Y ODONTOLÓGICO ()
 - EQUIPOS MEDICOS, QUIRÚRGICOS Y ODONTOLÓGICO ()
 - REACTIVO DE DIAGNOSTICO ()
- OTROS (Especifique).....** ()

6. DIRECCION:.....
(Según RUC)
7. DISTRITO: 8. PROVINCIA:
9. TELEFONO: 10. CORREO ELECTRONICO:

11. DIRECCION 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 o Jurídica)

14. NOMBRES Y APELLIDOS:
(Solo Persona Natural, según R.U.C.)
15. NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL:
(Solo Persona Jurídica, según RUC)
16. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:.....
(Solo Persona Jurídica, según RUC)
17. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: (R.U.C.).....
18. DOMICILIO FISCAL:
(Según R.U.C.)

C.- DEL QUIMICO FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO

19. NOMBRES Y APELLIDOS:
20. C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N°..... ; 21. FECHA DE INICIO ó FIN DE REGENCIA (indicar):...../...../.....
22. HORARIO DE TRABAJO: HORAS.....DIAS.....

D.- DEL QUIMICO FARMACEUTICO JEFE DE PRODUCCION

23. NOMBRES Y APELLIDOS:

24. C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N°..... ; 25. FECHA DE INICIO ó FIN DE REGENCIA (indicar):...../...../.....

26. HORARIO DE TRABAJO: HORAS.....DIAS.....

E.- DEL QUIMICO FARMACEUTICO JEFE CONTROL DE CALIDAD

27. NOMBRES Y APELLIDOS:

28. C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N°..... ; 29. FECHA DE INICIO ó FIN DE REGENCIA (indicar):...../...../.....

30. HORARIO DE TRABAJO: HORAS.....DIAS.....

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

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

31. PROPIETARIO ó REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR.....

32. DIRECTOR TECNICO / JEFE DE PRODUCCION / JEFE DE CONTROL DE CALIDAD- ANTERIOR.:.....

.....C.Q.F.A. N° :.....

33. HORARIO DEL QUIMICO FARMACEUTICO ANTERIOR:

34. NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:.....

35. DIRECCIÓN ANTERIOR:.....

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

Declaramos bajo juramento que el equipamiento, instalaciones y fabricación se llevarán a cabo teniendo en cuenta los dispositivos legales vigentes y las normas de Buenas Prácticas de Manufactura, aprobadas por Resolución Ministerial N° 055-99-SA/DM, del 08/02/99, Resolución Ministerial N° 518-99-SA/DM del 20/10/99, Resolución Ministerial N° 125-2000-SA/DM, del 06/04/00 y Resolución Ministerial N° 204-2000-SA/DM del 19/06/00, según corresponda.

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. DIRECTOR TECNICO

.....
C.Q.F.A. N°.

Q.F. JEFE DE PRODUCCION

.....
C.Q.F.A N°.

Q.F. JEFE DE CONTROL DE CALIDAD

.....
C.Q.F.A. N°.

PROPIETARIO O REPRESENTANTE
LEGAL

.....
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 de Arequipa.



DIREMID
AREQUIPA