



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS
Y DROGAS

AUTORIZACIONES SANITARIAS Y
REGISTRO DE DIRECTORES TÉCNICOS

EXP. N°.....
(Uso Interno)

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

2.- RAZON SOCIAL:.....
(Según RUC)

3.- NOMBRE COMERCIAL:.....
(Según RUC)

4.- DIRECCION:.....
(Según RUC)

5.- DISTRITO: 6. PROVINCIA:

7.- TELEFONO FIJO: 8.- CORREOELECTRONICO:@.....

9.- HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO: DIAS: A.....

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

10.- NOMBRES Y APELLIDOS:
(Solo Persona Natural, según R.U.C.)

11.- NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL:
(Solo Persona Jurídica, según R.U.C.)

12.- NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
(Solo Persona Jurídica, según R.U.C.)

13.- N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: RUC
.....

14.- DOMICILIO FISCAL:
(Según R.U.C.)

C.- QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) REGENTE(S)

15.1.- NOMBRES Y APELLIDOS:

15.2.- HORARIO DE TRABAJO: DIAS: A.....

15.3.- C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N° ; 15.4.- FECHA DE INICIO REGENCIA:/...../.....,
(Asume regencia o inicio de actividades)

FIN DE REGENCIA:/...../.....; REEMPLAZO: DEL...../...../..... AL/...../.....
(Fecha cese de regencia) (Fecha de reemplazo por vacaciones u otro motivo)

16.1.- NOMBRES Y APELLIDOS:

16.2.- HORARIO DE TRABAJO: DIAS: A.....

16.3.- C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N° ; 16.4.- FECHA DE INICIO REGENCIA:/...../.....,
(Asume regencia o inicio de actividades)

FIN DE REGENCIA:/...../.....; REEMPLAZO: DEL...../...../..... AL/...../.....
(Fecha cese de regencia) (Fecha de reemplazo por vacaciones u otro motivo)

FORMATO "A"
SOLICITUD – DECLARACION JURADA

SOLICITA LO SIGUIENTE: (marcar con una X)	
AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO	
AUTORIZACION SANITARIA DE TRASLADO	
ASUME REGENCIA	
CESE DE REGENCIA	
REEMPLAZO POR VACACIONES	
OTROS (especificar)	
1.-CLASE: (marcar con una X)	
FARMACIA	
BOTICA	
SERVICIO DE FARMACIA	
BOTIQUIN	

Ver. 03-2011

17.1.- NOMBRES Y APELLIDOS:

17.2.- HORARIO DE TRABAJO: DIAS.....A.....

17.3.- C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N° ; 17.4.- FECHA DE INICIO REGENCIA:/...../.....,
(Asume regencia o inicio de actividades)

FIN DE REGENCIA:/...../.....; REEMPLAZO: DEL...../...../..... AL/...../.....
(Fecha cese de regencia) (Fecha de reemplazo por vacaciones u otro motivo)

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

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

18.- PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR

19.- REGENTE(S) ANTERIOR(ES): 20.- C.Q.F.A. N°:

21.- HORARIO DE TRABAJO ANTERIOR DEL REGENTE

22.- HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO ANTERIOR: DIAS.....A.....

23.- NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:

24.- DIRECCION ANTERIOR:

DISTRITO: PROVINCIA:

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevaran 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 declaramos 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 lo regula el Art. 411° en el Capítulo III Delitos Contra la Administración de Justicia del Código Penal vigente.

Q.F. REGENTE

Q.F. REGENTE

Q.F. REGENTE

N° DNI.....

N° DNI.....

N° DNI.....

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.