



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS
INSUMOS Y DROGAS**

**AUTORIZACIONES SANITARIAS Y
REGISTRO DE DIRECTORES TECNICOS**

EXP. Nº.....
(Uso Interno)

FORMATO "B"

SOLICITUD – DECLARACIÓN 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)

DROGUERÍA

Ver. 03-2011

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

2. RAZON SOCIAL:
(Según RUC)

3. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

4. ACTIVIDAD: **IMPORTACIÓN** **DISTRIBUCIÓN**

- PRODUCTOS FARMACEUTICOS	()	- INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS	()
- PRODUCTOS COSMETICOS Y DE	()	Y ODONTOLOGICOS ESTERILES	()
HIGIENE PERSONAL		- INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS	()
- PRODUCTOS GALENICOS	()	Y ODONTOLOGICOS NO ESTERILES	()
- PRODUCTOS Y RECURSOS	()	- INSTRUMENTAL MEDICO	()
NATURALES		QUIRURGICO Y ODONTOLOGICO	()
- PRODUCTOS DIETETICOS Y	()	- EQUIPOS MEDICO, QUIRURGICOS Y	()
EDULCORANTES		ODONTOLOÓGICO	
- PRODUCTOS SANITARIOS Y DE	()	OTROS (Especifique).....	
HIGIENE DOMESTICA			

5. DIRECCION:
(Según RUC)

6. DISTRITO: 7. PROVINCIA:

8. TELEFONO FIJO: 9. CORREO ELECTRONICO:@.....

10. DIRECCIÓN DEL ALMACEN (Si lo tuviera.):
(Según RUC)

11. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: DIAS..... A.....

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

12. NOMBRES Y APELLIDOS:
(Solo Persona natural, según R.U.C.)

13. NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZON SOCIAL:
(Solo Persona jurídica, según R.U.C.)

14. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
(Solo Persona jurídica, según R.U.C.)

15. Nº DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: RUC

16. DOMICILIO FISCAL: (Según R.U.C.)

C.- DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO REGENTE

17. NOMBRES Y APELLIDOS:

18. HORARIO DE TRABAJO: DIAS..... A.....

19. C.Q.F.A. Nº..... C.Q.F.P. Nº.....; 20. FECHA DE INICIO/...../.....;
(Asume regencia o inicio de actividades)

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

Ver. 03-2011

///

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

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

21. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR

22. REGENTE ANTERIOR:..... 23. C.Q.F.A N°.....

24. HORARIO DE TRABAJO ANTERIOR DEL REGENTE:

25. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO ANTERIOR: DIAS.....A.....

26. NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:.....

27. DIRECCIÓN ANTERIOR:

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

Declaramos 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 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

PROPIETARIO O REPRESENTANTE
LEGAL

.....
N° DNI.

.....
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