



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

FORMATO "A 2"
SOLICITUD – DECLARACION JURADA

SOLICITA LO SIGUIENTE: (marcar con una **X**)

AMPLIACION DE REPRESENTANTE LEGAL	
CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL	
CAMBIO HORARIO DE ATENCION EE. FF. Y HORARIO DE TRABAJO	
CAMBIO NOMBRE COMERCIAL	
OTROS (especificar)	

1.-CLASE: (marcar con una X)

FARMACIA	
BOTICA	
SERVICIO DE FARMACIA	
BOTIQUIN	

Ver. 05-2011

2.- NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: según RUC

3.- NOMBRE COMERCIAL:(Según RUC, NO INCLUIR CLASE)

4.- DIRECCION:
(Según RUC)

5.- DISTRITO: 6.- PROVINCIA:

7.- TELEFONO FIJO: 8.- CORREO ELECTRONICO:@.....

9.- HORARIO ATENCION AL PUBLICO: a DIAS: a

10.- MANEJA PSICOTROPICOS ☐ . ESTUPEFACIENTES ☐

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

11.- NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: según RUC

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

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

14.- DOMICILIO FISCAL: Según R.U.C.

15.- DOMICILIO DE NOTIFICACION:

C.- DEL QUIMICO FARMACEUTICO DIRECTOR TECNICO

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 :/...../.....,

D.- DEL (LOS) QUÍMICO(S) FARMACÉUTICO(S) ASISTENTE(S)

17.1.- NOMBRES Y APELLIDOS:

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

17.3.- C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N° ; 16.4.- FECHA DE INICIO :/...../.....,

Ver. 06-2012 ///

FORMATO "A 2"

17.4.- NOMBRES Y APELLIDOS:

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

17.6.- C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N° ; 17.4.- FECHA DE INICIO :/...../.....,

E.- DATOS ANTERIORES: En caso de cambio llenar sólo el (los) dato(s) que ha(n) cambiado:

18.- REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR.....

19.- HORARIO DE TRABAJO ANTERIOR DEL DIRECTOR TECNICO

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

21.- NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:.....

22.- OTROS DATOS.....

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. DIRECTOR TECNICO

Q.F. ASISTENTE

PROPIETARIO O REP. LEGAL

N° DNI.....

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 de Arequipa.

REQUISITOS

PROCEDIMIENTO TUPA GRA CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL N° 298

1. Solicitud firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud
2. Declaración Jurada de cumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Dispensación (Formato A 2) firmado por el propietario ó representante legal.
3. Copia simple del RUC donde se consigne el nuevo rpte. Legal ó fotocopia del poder de representación

N° 299 CAMBIO HORARIO LABORES DEL Q.F. Y N° 300 CAMBIO HORARIO ATENCION

1. Solicitud firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud
2. Declaración Jurada de cumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Dispensación (Formato A2) firmado por el propietario o representante legal y por el Q.F. Director Técnico y (los) profesionales Químico Farmacéutico Asistente.
3. Fotocopia del contrato de trabajo del Q.F. Director Técnico y (los) Q.F. asistentes indicando horas y días de labor.
4. Certificado de habilitación otorgado por el Colegio Químico Farmacéutico de Arequipa (Ord. Reg. 016-GRA/CR Arequipa)

N° 289 CAMBIO NOMBRE COMERCIAL

1. Solicitud firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud
2. Declaración Jurada de cumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Dispensación (Formato A2) firmado por el propietario o representante legal y por el (los) profesionales Químico Farmacéutico Regente ó Director T.
3. Fotocopia del contrato de trabajo del (los) Q.F. indicando días y horas de labor.
4. Certificado de habilitación otorgado por el Colegio Químico Farmacéutico de Arequipa (Ord. Reg. 016-GRA/CR Arequipa)