



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)

FORMATO "B 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	

1.-CLASE: DROGUERIA

Ver. 04-2011

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

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

3. NOMBRE COMERCIAL: (Según RUC, no incluir Droguería)

4. ACTIVIDAD: MARCAR LOS NECESARIOS PARA UD. IMPORTACIÓN () DISTRIBUCIÓN ()

- | | |
|--|---|
| - PRODUCTOS FARMACEUTICOS..... ()
Genéricos y de marca | - PRODUCTO RADIOFARMACO..... () |
| - PRODUCTOS COSMETICOS Y DE..... ()
HIGIENE PERSONAL | - PRODUCTO DE ORIGEN BIOLÓGICO..... () |
| - PRODUCTOS GALENICOS..... () | - REACTIVO DE DIAGNOSTICO..... () |
| - PRODUCTOS Y RECURSOS NATURALES..... () | - AGENTE DE DIAGNOSTICO..... () |
| - PRODUCTOS DIETETICOS, EDULCORANTES..... () | - INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS ()
Y ODONTOLÓGICOS ESTERILES |
| - PRODUCTOS SANITARIOS Y DE..... ()
HIGIENE DOMESTICA | - INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS..... ()
Y ODONTOLÓGICOS NO ESTERILES |
| - PRODUCTOS ABSORBENTES E HIGIENE..... ()
PERSONAL | - INSTRUMENTAL MEDICO..... ()
QUIRURGICO Y ODONTOLÓGICO |
| - PRODUCTO HOMEOPATICO..... () | - EQUIPOS MEDICO, QUIRURGICOS Y ()
ODONTOLÓGICO |
| | - OTROS (Especifique)..... |

5. DIRECCION:
(Según RUC)

6. DISTRITO: 7. PROVINCIA:

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

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

11. NOMBRE DEL ALMACEN..... HORARIO DE FUNCIONAMIENTO.....

12. HORARIO DE FUNC. OFIC. ADMINISTRATIVA..... DIAS..... A.....

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

14. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: según RUC

16. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE: RUC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. DOMICILIO FISCAL: (según R.U.C.)

17.1 . DIRECCION DE NOTIFICACION:

C.- DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO

18.1. NOMBRES Y APELLIDOS:

18.2. HORARIO DE TRABAJO:..... DIAS..... A.....

18.3. C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N°.....; 18.4.- FECHA DE INICIO :/...../.....,

Ver. 06-2012 ///

FORMATO "B 2"

D.- DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE

19.1. NOMBRES Y APELLIDOS:

19.2. HORARIO DE TRABAJO:..... DIAS.....A.....

19.3. C.Q.F.A. N°..... C.Q.F.P. N°.....; 18.4.- FECHA DE INICIO...../...../.....,

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

20.- REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR.....

21.- HORARIO DE TRABAJO ANTERIOR DEL REGENTE

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

23.- NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:.....

24.- 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 B 2) firmado por el propietario ó representante legal.
3. Copia simple del RUC donde se consigne el nuevo representante 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 B2) firmado por el propietario o representante legal y por el profesional Químico Farmacéutico Director Técnico y/o Q.F. asistente según corresponda.
3. Fotocopia del contrato trabajo de (los) Q.F. indicando horario 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 B2) firmado por el propietario o representante legal
3. Fotocopia del contrato trabajo del (los) Q.F. indicando horario y días de labor
4. Certificado de habilitación otorgado por el Colegio Químico Farmacéutico de Arequipa (Ord. Reg. 016-GRA/CR Arequipa)