

FORMATO "B"

SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS
INSUMOS Y DROGAS
AUTORIZACIONES SANITARIAS Y
REGISTRO DE DIRECTORES TECNICOS
EXP. N°.....
(Uso Interno)

SOLICITA LO SIGUIENTE: (marcar con una X)

AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO

AUTORIZACION SANITARIA DE TRASLADO

OTROS (especificar)

1.- CLASE:..... DROGUERÍA

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)

3.1- N° RESOLUCION AUTORIZACION SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO (CASO TRASLADO).....

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

- PRODUCTOS FARMACEUTICOS..... ()

Genéricos y de marca

- PRODUCTOS COSMETICOS Y DE..... ()

HIGIENE PERSONAL

- PRODUCTOS GALENICOS..... ()

- PRODUCTOS Y RECURSOS NATURALES..... ()

- PRODUCTOS DIETETICOS, EDULCORANTES.... ()

- PRODUCTOS SANITARIOS Y DE..... ()

HIGIENE DOMESTICA

- PRODUCTOS ABSORBENTES E HIGIENE..... ()

PERSONAL

- PRODUCTO HOMEOPATICO..... ()

- PRODUCTO RADIOFARMACO..... ()

- PRODUCTO DE ORIGEN BIOLOGICO..... ()

- REACTIVO DE DIAGNOSTICO..... ()

- AGENTE DE DIAGNOSTICO..... ()

- INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS ()

Y ODONTOLOGICOS ESTERILES

- INSUMOS MEDICOS, QUIRURGICOS..... ()

Y ODONTOLOGICOS NO ESTERILES

- INSTRUMENTAL MEDICO..... ()

QUIRURGICO Y ODONTOLOGICO

- 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.....

13.- MANEJA PSICOTROPICOS ☐ ESTUPEFACIENTES ☐ LIBRO DE OCURRENCIAS FOLIOS

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

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

15. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
(Solo EMPRESAS según R.U.C.)

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 TECNICO

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/...../.....,

FORMATO "B"

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 **TRASLADO**, llenar los datos

20. DIRECCIÓN ANTERIOR:

DISTRITO: PROVINCIA:

21. OTROS DATOS.....

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. 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 Arequipa

REQUISITOS

PROCEDIMIENTO TUPA GRA N° 286 AUTORIZACION SANITARIA y N° 287 TRASLADO

1. Solicitud firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud
2. Copia simple del RUC (Actividad económica 51906) y DNI (actuales)
3. Declaración Jurada de cumplimiento de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Dispensación (Formato B) firmado por el propietario ó representante legal y por el profesional Químico Farmacéutico Director Técnico y/o Q.F. asistente, según corresponda.
4. Croquis de ubicación del local (con un punto de referencia conocido, Iglesia, mercado, comisaria, etc.)
5. Croquis de distribución interna del local (según normatividad vigente)
6. Copia Contrato Alquiler del local ó de auto avalúo (local propio)
7. Fotocopia del título profesional del Químico Farmacéutico Director Técnico y Q.F. asistente de ser el caso.
8. Fotocopia del contrato trabajo del (los) Q.F. indicando horario y días de labor
9. Certificado de habilitación otorgado por el Colegio Químico Farmacéutico de Arequipa (Ord. Reg. 016-GRA/CR Arequipa)
- 10 - Libro de ocurrencias - Libro de Psicotrópicos (opcional) - Libro de Estupefacientes (opcional)
11. Recibo de pago en caja

Para facilitar el trámite y archivo de su expediente presentar los documentos foliados de atrás para adelante en un folder plastificado de color rojo.