



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) AMPLIACIÓN Y/O MODIFICACIONES DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DE ÁREA DEL EE. FF
- b) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO
- c) MODIFICACIÓN DE CLASE DEL EE. FF
- d) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
- e) MODIFICACIÓN DE NOMBRE COMERCIAL
- f) MODIFICACIÓN DE LA DIRECCION DEL EE.FF
- g) OTROS:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD FARMACIA ESPECIALIZADA

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. CALLE: (Av, Jr, Carr)

6. NÚMERO: 7. INTERIOR: 8. MANZANA: 9. LOTE:

10. URB./AA.HH:

11. DISTRITO: 12. PROVINCIA:

13. DOMICILIO FISCAL:

14. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO
Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="checkbox"/> VIERNES
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="checkbox"/> SÁBADO
<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	

15. CORREO ELECTRONICO DEL EEF 16. TF/ CEL.:

17. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO
NO ESTUPEFACIENTE

18. COMERCIALIZARÁ PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO LISTA IVB
NO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

19. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

20. DNI. N°: Email TF/ CEL.:

21. DOMICILIO FISCAL:



INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

De acuerdo al Art.41 del D.S. N° 014-2011 "El Director Técnico debe permanecer en el establecimiento durante las horas de funcionamiento del mismo..." "Solo debe existir un Director Técnico por establecimiento farmacéutico, el mismo que deberá cumplir con los requisitos del Artículo 12° del presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico y Químicos Farmacéuticos asistentes que permanecerán en el establecimiento farmacéutico durante el horario de atención al público. Asimismo, deberá indicar si en el establecimiento farmacéutico manejan Drogas.

22 DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:
C.Q.F.P. N°: Email DNI TF

INFORMACIÓN DE DATOS ANTERIORES:

23 REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR:

24 NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR:

25 CLASE ANTERIOR DEL EE. FF:

26 UBICACIÓN ANTERIOR:

26a DISTRITO: 26b PROVINCIA:

29 HORARIO DE FUNCIONAMIENTO ANTERIOR DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

Marcar con X los días Especificar las Horas (De:.. A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

30 DETALLE DEL ÁREA QUE VA CAMBIAR Y/O MODIFICAR:

ADJUNTAR CROQUIS, INDICANDO LOS METRAJES DE CADA ÁREA, EN FORMATO A-3, según lo establecido en el Art. 18° del D.S. N° 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y D.S. N° 001-2016-SA del Texto Unico de Procedimientos Administrativos.

31 DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TF/ CEL.:

Email :

Declaro 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, en concordancia con lo establecido en el Decreto Supremo N° 014-2011-SA. El establecimiento entrará en funcionamiento sólo cuando cuente con la Autorización Sanitaria establecido en el Artículo 21 de la Ley N° 29459.

Sello y firma del
Director Técnico

Sello y firma del Propietario
o Representante Legal

Sello del Establecimiento
Farmacéutico

N° C.Q.F.P.:

DNI N°:

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7. LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.