



### FORMATO A SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

N° DE EXPEDIENTE:  
FECHA:

#### AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CAMBIOS, MODIFICACIONES O AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DECLARADA PARA BOTIQUIN, BOTICA, FARMACIA Y FARES:

- a) CLASE
- b) MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA
- b) AMPLIACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA
- c) OTROS: .....

#### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

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

2. NOMBRE COMERCIAL:   
(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO:       6. PROVINCIA:

7. CALLE: (Av, Jr, Carr)

8. URB/AA.HH:

9. NÚMERO       10. INTERIOR       11. MANZANA       12. LOTE

13. DOMICILIO FISCAL

14. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días      Especificar las Horas (De... A: ...)

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

15. CORREO ELECTRONICO DEL EEFF       16. TELEFONO

#### INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

17. PROPIETARIO       REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS:       NOMBRES:

18. DOMICILIO:       19. DNI:

20. CORREO ELECTRONICO:       21. CELULAR

#### INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

DE ACUERDO AL ART.41 DEL D.S. Nº 014-2011-SA, "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.

22. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS:       NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:       DNI       CELULAR

CORREO ELECTRONICO

23. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días      Especificar las Horas (De... A: ...)

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

24. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE.

APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

DNI

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

25. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

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

26. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE.

APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

DNI

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

27. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

Especificar las Horas (De:.. A: ...)

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

28. CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA

AJUNTAR CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA, INDICANDO LOS METRAJES POR CADA ÁREA, EN FORMATO A-3.

SE ADJUNTA LO SIGUIENTE:

COPIA DEL DOCUMENTO QUE SUSTENTE EL CAMBIO, CUANDO CORRESPONDA.  
COMPROBANTE DE PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE (S/. 128.90)

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.

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Director Técnico

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Propietario o Representante Legal  
y sello del Establecimiento Farmacéutico