



## FORMATO A-1 SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

<p><b>N° DE EXPEDIENTE:</b> _____</p> <p><b>FECHA:</b> _____</p>	<p><b>AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CAMBIOS, MODIFICACION O AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DECLARADA PARA DROGUERIAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS:</b></p> <p>a) MODIFICACION DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>  <small>(Consignar toda las actividades con las que quedarán autorizadas)</small></p> <p>b) MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACÉN <input type="checkbox"/></p> <p>c) OTROS: ..... <input type="checkbox"/></p>
--	---

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO			
1. CLASE:	DROGUERIA <input type="checkbox"/>	ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	
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: ...)		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 O REPRESENTANTE LEGAL	_____
APELLIDOS:	_____
NOMBRES:	_____
18. CORREO ELECTRONICO	_____
19. CELULAR	_____

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	
DE ACUERDO AL ART.41 DEL D.S. N° 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.	
20. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.	
APELLIDOS:	_____
NOMBRES:	_____
C.Q.F.P. N°:	_____
DNI	_____
CELULAR	_____
CORREO ELECTRONICO	_____
21. HORARIO DE LABOR	
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De.. A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____
<input type="checkbox"/> VIERNES	_____
<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____
<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____

**22. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE.**

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. ACTIVIDADES: (Consigñar con X, solo en caso de modificación de actividades):**

**A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

1. MEDICAMENTOS:
  - ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS
  - AGENTES DE DIAGNOSTICO
  - RADIOFARMACOS
  - GASES MEDICINALES
2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:
  - PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD
  - RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD
3. PRODUCTOS GALÉNICOS
4. PRODUCTOS DIETÉTICOS
5. PRODUCTOS EDULCORANTES
6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS
7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS
8. MEDICAMENTOS HERBARIOS

**C). PRODUCTOS SANITARIOS**

1. PRODUCTOS COSMÉTICOS
2. PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL
3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA
4. ARTÍCULOS SANITARIOS

**B). DISPOSITIVOS MÉDICOS:**

	NIVEL DE RIESGO				
	CLASE I: Bajo Riesgo		CLASE II: Moderado Riesgo	CLASE III: Alto Riesgo	CLASE IV: Críticos en Materia de
	No Estéril	Estéril			
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)					<input type="checkbox"/>

**25. CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA (SEGÚN CORRESPONDA)**

AJUNTAR CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL ALMACÉN CONSIDERANDO LAS ÁREAS EXCLUSIVAS O COMPARTIDAS INCLUYENDO LAS CLIMATIZADAS Y REFRIGERADAS, INDICANDO EL VOLUMEN ÚTIL DE ALMACENAMIENTO MÁXIMO EN METROS CÚBICOS 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/. 114.20)**

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