



## FORMATO I SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

**N° DE EXPEDIENTE:**

**FECHA:**

### FORMATO DE COMUNICACIONES DE CAMBIOS DE LA INFORMACIÓN DECLARADA

- a) NOMBRE COMERCIAL
- b) DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA
- c) CLASE DEL ESTABLECIMIENTO
- d) REPRESENTANTE LEGAL
- e) HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO
- f) HORARIO DEL Q.F. ASISTENTE
- g) HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO
- h) OTROS: .....

### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:      BOTICA       BOTIQUIN       FARMACIA       FARMACIA ESPECIALIZADA   
                  FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD       DROGUERIA       ALMACEN ESPECIALIZADO

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

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. 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 12º 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: ...)  
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: ...)** **Especificar las Horas (De:.. A: ...)**  

<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	_____	_____			

**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"/> MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**26. DATOS ANTERIORES (SOLO LLENE EL DATO ANTERIOR QUE SE ENCONTRABA REGISTRADOS SI CAMBIO)**

**NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR**   
**CLASE ANTERIOR**   
**DIRECCION DE LA OFICNA ADMINISTRATIVA ANTERIOR**  **DISTRITO**   
**OTROS**

**27. EN EL CASO DE CAMBIO, DE REPRESENTANTES LEGAL, ESPECIFICAR:**

REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE CESA(N):

APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°

REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE PERMANENCEN EN EL CARGO O AMPLIA(N)

APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°

**28. ADJUNTAR**

- a) COPIA DEL DOCUMENTO QUE SUSTENTE EL CAMBIO

**29. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO QUE BRINDA EL SERVICIO DE FABRICACIÓN O ENVASADO O ACONDICIONADO O REACONDICIONADO O FRACCIONAMIENTO**

**a. NOMBRE COMERCIAL:**  (Según RUC)  
**b. RAZON SOCIAL:**   
**c. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:**   
**d. DIRECCIÓN DE LA PLANTA DE MANUFACTURA (SEGÚN LO AUTORIZADO ANTE DIGEMID O CERTIFICADO DE BPM)**  
**e. DISTRITO:**  **f. PROVINCIA:**   
**g. CALLE: (Av, Jr, Carr)**   
**h. URB./AA.HH:**   
**i. NÚMERO**  **j. INTERIOR**  **k. MANZANA**  **l. LOTE**

**30. RELACIÓN DE PRODUCTOS MOTIVO DEL ENCARGO DE SERVICIOS (adjuntar según la siguiente plantilla):**

Nombre del Producto Farmacéutico	DCI	Concentración	Forma Farmacéutica

Para el caso de productos sanitarios y dispositivos médicos: Nombre del producto o dispositivo y clasificación. (adjuntar según la siguiente plantilla):

Nombre del Producto o Dispositivo	Clasificación

Para el caso de reacondicionado o fraccionamiento además de lo antes indicado deberá detallar el servicio de reacondicionado o fraccionamiento a realizar, según lo previsto en la normativa sanitaria vigente.

**31. CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA OTORGADO POR DIGEMID:**

SI  N°   
NO

De no contar con el documento antes señalado, adjuntar copia simple del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura de los países de alta vigilancia sanitaria y de los países con los cuales exista reconocimiento mutuo, o de acuerdo al tipo de producto o dispositivo documentos equivalentes a los certificados, emitidos por la autoridad competente

**31. DEL CONTRATO DE ENCARGO DE SERVICIO**

Adjuntar copia simple del contrato de encargo de servicio, según corresponda, de acuerdo a las pautas señaladas en el manual de Buenas Prácticas de Manufactura.

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