



## FORMATO L SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

N° DE EXPEDIENTE:  
FECHA:

### AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA DROGUERÍAS O ALMACENES ESPECIALIZADOS QUE ENCARGUEN EL SERVICIO:

- a) ALMACENAMIENTO
- b) DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE
- c) ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN Y TRANSPORTE

  
  


#### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: 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: ...)

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

**INFORMACIÓN DE LA DROGUERÍA O ALMACEN ESPECIALIZADO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN (según lo autorizado)**

24. NOMBRE COMERCIAL:

(Según RUC)

25. RAZON SOCIAL:

26. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

27. DISTRITO:

28. PROVINCIA:

29. CALLE: (Av, Jr, Carr)

30. URB./AA.HH:

31. NÚMERO

32. INTERIOR

33. MANZANA

34. LOTE

35. DOMICILIO FISCAL

**36. 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    | _____ | _____ |                                  |       |       |

**DEL CONTRATO DE ENCARGO DE SERVICIO**

Adjuntar copia simple del contrato de eacargo de servicio, según corresponda, de acuerdo a las pautas señaladas en el manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento y/o Buenas Practicas de Distribución o Transporte.

**CROQUIS DE UBICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN INTERNA**

Adjuntar croquis de ubicación del almacén.

Adjuntar 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.

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