



FORMATO “M”

SE SOLICITA:
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE AMPLIACIÓN
DEL ALMACÉN DE LA DROGUERIA Ó DEL
ALMACÉN ESPECIALIZADO.

S.D.
SEÑOR DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN

Yo,
propietario () o representante legal () del establecimiento farmacéutico:
..... solicito la Autorización Sanitaria de Ampliación del Almacén de
la Droguería ó del Almacén Especializado, indicando que:

DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE ()
01 = DROGUERIA 02 = ALMACÉN ESPECIALIZADO

2. NOMBRE COMERCIAL:

.....
(Según RUC)

3. NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL:

.....
(Si es Persona Jurídica)

4. DISTRITO: 5. PROVINCIA:

6. CALLE: (Avenida, Jirón, Carretera)

6a. Urb./AA.HH. : Otra Referencia:

7. NUMERO: 8. INTERIOR: 9. MANZANA 10. LOTE:

11. TELÉFONO:

12. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

DÍAS		HORAS	
DE	A	DE	A

DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

13. NOMBRES Y APELLIDOS:

.....
(Si es Persona Natural)

14. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

.....
(Si es Persona Jurídica)



15. N° DE R.U.C.: N° DE D.N.I.: TELEFONO

16. DOMICILIO DEL PROPIETARIO Ó REPRESENTANTE LEGAL:

QUÍMICOS FARMACÉUTICOS:

17. QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TÉCNICO:

17a. NOMBRES Y APELLIDOS:

17b. C.Q.F.P.: CARGO: ...DIRECTOR TÉCNICO..... N° DE D.N.I.:

TELÉFONO:

17c. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE	A	DE	A

18. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

18a. NOMBRES Y APELLIDOS:

18b. C.Q.F.P.: CARGO: ... QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE.... N° DE D.N.I.:

TELÉFONO:

18c. HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE	A	DE	A

DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, INSTALACIONES, DISTRIBUCION Y ALMACENAMIENTO SE LLEVARAN A CABO TENIENDO EN CUENTA LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN EL MANUAL DE BPA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, APROBADO POR R.M. N° 132-2015/MINSA DEL 02 DE MARZO DEL 2015 Y LAS DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS A LA R.M. N° 132-2015/MINSA, QUE APROBO EL DOCUMENTO TECNICO: MANUAL DE BPA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, APROBADO POR R.M. N° 132-2015/MINSA, DEL 02 DE MARZO DEL 2015.

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 DEL 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.



SE ADJUNTA LO SIGUIENTE:

1. Croquis de ubicación del establecimiento.
2. Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva ó compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento cuando corresponda, en formato A-3:
 - **ALMACEN**
 - A) **ÁREA DE RECEPCION**
 - B) **ÁREA DE CUARENTENA**
 - C) **ÁREA DE MUESTRAS DE RETENCION O CONTRAMUESTRAS, CUANDO CORRESPONDA**

 - D) **ÁREA DE APROBADOS / ALMACENAMIENTO**
 - E) **ÁREA DE BAJA / RECHAZADOS**
 - F) **ÁREA DE DEVOLUCIONES**
 - G) **ÁREA DE EMBALAJE**
 - D) **ÁREA DE DESPACHO**
 - E) **ÁREA DE PRODUCTOS CONTROLADOS, CUANDO CORRESPONDA**
 - F) **ÁREA ADMINISTRATIVA (SI LA UBICACIÓN DEL ALMACÉN SE ENCUENTRA EN LUGAR DISTINTO A LA OFICINA ADMINISTRATIVA)**
 - **OFICINA ADMINISTRATIVA**
 - **AREAS AUXILIARES:**
 - VESTIDORES/CASILLEROS**
 - SERVICIOS HIGIÉNICOS**
 - LAVADEROS**
 - MATERIALES DE LIMPIEZA Y OTROS.**
3. Autorización emitida por el Instituto Peruano de Energía Nuclear - IPEN, en el caso de droguerías que comercializan equipos biomédicos de tecnología controlada que emitan radiaciones ionizantes.
4. Comprobante de pago de derecho de trámite. (S/. 518.00)

Asimismo, damos consentimiento que, ante cualquier observación de los documentos presentados, se nos comunique a:

E- mail (PROPIETARIO) (DIRECTOR TÉCNICO):
Teléfono (PROPIETARIO) (DIRECTOR TÉCNICO):.....

Por tanto, solicito a usted Señor Director, se sirva dar curso a mi solicitud para obtener la Autorización Sanitaria de Ampliación del Almacén de la Droguería () ó Almacén Especializado ()

..... de del 20.....
(Lugar) (Día)
(Mes)

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
(DIRECTOR TÉCNICO)**

.....
**SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
ASISTENTE**

.....
**FIRMA DEL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL
Y SELLO DE LA EMPRESA**

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE PRODUZCA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER COMUNICADO O PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS (DEMID) - DIRESA JUNÍN, SEGÚN CORRESPONDA.



DECLARACIÓN JURADA DE:

Yo,
propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico:
..... identificado con
DNI N°, domiciliado en
....., distrito de
provincia de y; yo
..... Químico Farmacéutico, identificado con
DNI N°, domiciliado
....., distrito de
Provincia de, colegiado con N°

DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE DAREMOS:

- ✓ CUMPLIMIENTO DEL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.
- ✓ CUMPLIMIENTO AL REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS (D.S.014-2011-S.A.) Y DEMÁS NORMAS VIGENTES.

Por tanto, asumiremos la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

..... de del 20.....
(Lugar) (Día)
(Mes)

.....
SELLO Y FIRMA
DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
(DIRECTOR TÉCNICO)

.....
FIRMA DEL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL
Y SELLO DE LA EMPRESA



DECLARACIÓN JURADA DE:

- **ASUME EL CONTROL DE SUSTANCIAS FISCALIZADAS, CON FIRMA USUAL Y HUELLA DACTILAR.**

Yo,,
 Químico Farmacéutico, identificado con DNI N°,
 domiciliado en,
 distrito de, provincia de,
 colegiado con N°, declaro bajo juramento que:

.....

Por tanto, asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

..... de del 20
 (Lugar) (Día) (Mes)

.....
**SELLO Y FIRMA
 DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO
 (DIRECTOR TÉCNICO)**


**HUELLA DIGITAL
 QUÍMICO FARMACÉUTICO
 (DIRECTOR TÉCNICO)**

.....
**FIRMA DEL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL
 Y SELLO DE LA EMPRESA**