PERÚ | Ministerio de Salud | Dirección Regional de Salud - Huánuco Dirección Ejecutiva de Medicamentos Insumos y Drogas

FORMATO "A"

SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN
CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

SOLICITA SE REGISTRE LO SIGUIENTE:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO..... ☐

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE TRASLADO..... …….. ☐

OTROS……. ☐

Exp. N°:.....

DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE ( )

(01 = FARMACIA 02 = BOTICA 03 =SERVICIO DE FARMACIA)

2. NOMBRE COMERCIAL:…….....

(Según RUC)

3..DISTRITO:……4.PROVINCIA:…….…….

5. CALLE: (Avenida, Jirón, Carretera) …….....

6. NUMERO: ..... . 7. INTERIOR ..... 8. MANZANA ..... 9. LOTE: ..... 10. TELEFONO: ….....

11. CORREO ELECTRONICO……..

12. HORARIO DE ATENCIÓN AL PUBLICO: …….....

(Dias:)

.....

(Horas)

13. CROQUIS DE UBICACIÓN DEL LOCAL:

14. CROQUIS DE DISTRIBUCIÓN INTERNA DEL LOCAL: De acuerdo al Art. 18° del D.S. N° 014-2011-SA especificar las áreas de :

a)- Dispensación; b)- Almacenamiento; c)- Área de elaboración de Fórmulas Oficiales y/o Magistrales (en el caso de que las elabore) ; y d)- Área destinada a los servicios higiénicos.

DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

15. NOMBRES Y APELLIDOS: …….....
(Si es Persona Natural)

16. NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZON SOCIAL:….....
(Si es Persona Jurídica)

17. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: …….....

18. FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: …….....

19. N° DE REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE: ….....

20. DOMICILIO FISCAL:……

DE L QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO

Que en el Decreto Supremo 014-11-SA, en el Artículo 11° establece, los Establecimientos Farmacéuticos, funcionan bajo la responsabilidad de un único Director Técnico, quien responde ante la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), el órgano Desconcentrado de la Autoridad Nacional (OD) o la Autoridad Regional de Salud (ARS) a través de la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de Nivel Regional (ARM) según su ámbito, por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de los productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, en este reglamento y sus normas conexas.

La responsabilidad que afecta al Director Técnico alcanza también al propietario o representante legal del establecimiento.

20.a NOMBRES Y APELLIDOS: .....

20b. C.Q.F.P. : .....……20 c. DNI Nº…… 20d. TELEFONO……..

20.e HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE:	A:	DE:	A:

DE LOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS ASISTENTES

21a NOMBRES Y APELLIDOS: .....

21b. C.Q.F.P. : .....……21 c. DNI Nº…… 21d. TELEFONO……..

21.e HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE:	A:	DE:	A:

22a NOMBRES Y APELLIDOS: .....

22b. C.Q.F.P. : .....……22 c. DNI Nº…… 22d. TELEFONO……..

22.e HORARIO DE LABOR:

DIAS		HORAS	
DE:	A:	DE:	A:

DATOS ANTERIORES (EN CASO DE TRASLADO):

23. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR: .....

24. Q.F. DIRECTOR TECNICO ANTERIOR: .....

25. C.Q.F. P Nº….....26. NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR: ....…….

27. NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL ANTERIOR: .....

28. DOMICILIO ANTERIOR: …….....

29. Distrito: ..... 30. Provincia:.....

Declaro Bajo Juramento, que la infraestructura, equipamiento, instalaciones, dispensación y almacenamiento se llevaran a cabo teniendo en cuenta las disposiciones legales vigentes y las normas de Buenas prácticas de almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines, aprobado por Resolución Ministerial nº 585-99-SA/DM del 27 de noviembre del 1999.

....
Q.F. DIRECTOR TÉCNICO
N° C.Q.F.P Nº…….....…

....
QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE
N° C.Q.F.P Nº ....…….....…

.....
QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE
N° C.Q.F. P. Nº ..…….....

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE PRODUZCA DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER COMUNICADO A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO – DIREMID – DFCVS

.....
Firma y Sello del Representante Legal

DNI Nº: .....

DECLARACION JURADA DE:

- CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO Y DISPENSACIÓN (Farmacia, Botica o Servicio de Farmacia).
- CUMPLIMIENTO del D.S. 014-2011-SA, D.S. 016-2011-SA y sus modificatorias.

Yo,……

identificado con DNI Nº …….domiciliado en……

…….distrito de……..provincia de……..

propietario y/o representante legal del Establecimiento Farmacéutico ……..

y …….Químico Farmacéutico,

identificado con DNI Nº ……..……Registrado en la DIRESA HUANUCO – DEMID – DFCVS,

con CQFP Nº ……domiciliado en ……..…….

distrito……..provincia……y departamento de Huánuco,

quien asumirá la Dirección Técnica del establecimiento antes mencionado;

Declaramos bajo juramento que daremos cumplimiento a:……

……

……

……

……

……

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

……....de……del 201….

……	……
Q.F. DIRECTOR TÉCNICO	**FIRMA DEL PROPIETARIO O**
Nº C.Q.F.P……	**REPRESENTANTE LEGAL**

DECLARACION JURADA

- DE SUSTANCIAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN SANITARIA: ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS Y OTROS.

Yo,……..…….

identificado con DNI Nº ……..….……., CQFP Nº……..…y/o colegio…….…….…….

Registrado en la DIRESA HUANUCO – DEMID – DFCVS, domiciliado en ……..……

Distrito……..……Provincia…….…..…… Departamento de Huánuco.

Asumiré la Dirección Técnica del Establecimiento Farmacéutico con nombre comercial……..….…..…….

……Con razón Social…….……

ubicado en el……..Distrito…….

Provincia……..Departamento de Huánuco;

Declaro bajo juramento que:……..……

……

……

……

……

……

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

Lugar……, ……de……del 201….

……..
Q.F. DIRECTOR TÉCNICO
Nº C.Q.F.P. Nº……

HUELLA DIGITAL.....