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

FORMATO "A-4"

SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

Exp. Nº:……

FECHA:……

SOLICITA **AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:**

CAMBIO ☐

AMPLIACIÓN ☐

MODIFICACIÓN ☐

DE:

a) NOMBRE COMERCIAL ☐

b) RAZÓN SOCIAL ☐

c) HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO ☐

d) HORARIO DE LABOR DEL Q.F. ASISTENTE ☐

e) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO ☐

f) REPRESENTANTE LEGAL ☐

g) ACTIVIDADES ☐

h) MODIFICACIÓN DE DISTRIBUCIÓN INTERNA ☐

i) OTROS…… ☐

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DEMID)

1. CLASIFICACIÓN ( )

01=OFICINA FARMACEUTICA: a) FARMACIA b) BOTICA 02 = FARMACIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

03=BOTIQUINES 04=DROGUERÍA 05= ALMACENES ESPECIALIZADOS

2. REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE- RUC N°:……

3. NOMBRE COMERCIAL:…….....

NUEVO NOMBRE COMERCIAL……

4. RAZÓN SOCIAL……..

5. APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL…….....

……...……6. TELEFONO:……....…..……

7. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO (ACTUAL)……..……..…..

(Días:)

……..…….

(Horas)

8. CAMBIO DE HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:……..…….

(Días:)

……..…….

(Horas)

8. ACTIVIDADES (Marca con X, solo en caso de cambio, ampliación o modificación de actividades IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:

A. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

1. MEDICAMENTOS:
   - Especialidades farmacéuticas ☐
   - Agente de diagnostico ☐
   - Radiofármacos ☐
   - Gases medicinales ☐
2. RECURSOS TERAPÉUTICOS 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 ☐

B. DISPOSITIVOS MÉDICOS

1. CLASE I
   - De bajo Riesgo ☐
   - De Bajo Riesgo No estéril ☐
2. CLASE II, de Moderado Riesgo ☐
3. CLASE III, de Alto Riesgo ☐
4. CLASE IV, críticos en materia de riesgo ☐
5. EQUIPOS BIOMEDICOS
6. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA ☐
7. DISPOSITIVOS MEDICOS DE DIAGNOSTICO IN VITRO (Reactivos de Diagnostico) ☐

C. PRODUCTOS SANITARIOS

1. PRODUCTOS COSMÉTICOS ☐
2. P.ABSORVENTES DE HIGIENE PERSONAL ☐
3. PRODUCTOS DE HIGIENE DOMESTICA ☐
4. ARTICULOS SANITARIOS ☐

9. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

9.a. Calle /Avenida/ Jirón/Carretera: ……..……..…….

9.b.Urbanización/AA.HH/PP.JJ……...

9 c. NÚMERO:…….……9d.. INTERIOR:…..……..9 e. MANZANA:…….…….….9 f..LOTE:……...…….……...

10. TELEFONO……

11. DIRECCIÓN DEL ALMACEN:

11.a. Calle /Avenida/ Jirón/Carretera: ……..……..…….

11.b.Urbanización/AA.HH/PP.JJ……...

11 c. NÚMERO:…….…….11 d.. INTERIOR:…..……..11 e. MANZANA:…….…….….11 f..LOTE:……...……...

12. TELEFONO……

DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO, según corresponda

13. DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO DIRECTOR TECNICO:

13 a. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

13 b. C.Q.F.P.: .....…… 13 c. DNI N°.....

13 d.. HORARIO DE LABOR ACTUAL:

DÍAS		HORAS	
	A:	DE:	A:

13 e. HORARIO DE LABOR (Consignar solo en caso de cambio de horario y debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento farmacéutico):

DÍAS		HORAS	
	A:	DE:	A:
LUNES	…….	…….	…….
MARTES	…….	…….	…….
MIERCOLES	…….	…….	…….
JUEVES	…….	…….	…….
VIERNES	…….	…….	…….
SABADO	…….	…….	…….
DOMINGO	…….	…….	…….

14. DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

14 a. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

14 b. C.Q.F.P.: .....……14 c. DNI N°.....

14 d. HORARIO DE LABOR ACTUAL:

DÍAS		HORAS	
	A:	DE:	A:

14 e. HORARIO DE LABOR (Consignar solo en caso de cambio de horario y debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento farmacéutico):

DÍAS		HORAS	
	A:	DE:	A:
LUNES	…….	…….	…….
MARTES	…….	…….	…….
MIERCOLES	…….	…….	…….
JUEVES	…….	…….	…….
VIERNES	…….	…….	…….
SABADO	…….	…….	…….
DOMINGO	…….	…….	…….

EN EL CASO DE CAMBIO, MODIFICACIONES O AMPLIACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL ESPECIFICAR:

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

15 a. NOMBRE Y APELLIDOS:…….. .....

15 b. DNI N°…….

15 c. NOMBRE Y APELLIDOS:…….. .....

15 d. DNI N°…….

15 e. NOMBRE Y APELLIDOS:…….. .....

15 f. DNI N°…….

16. REPRESENTANTE (S) LEGAL(ES) QUE AMPLIA (N):

16 a. NOMBRE Y APELLIDOS:…….. .....

16 b. DNI N°…….

16 c.NOMBRE Y APELLIDOS:…….. .....

16 d. DNI N°…….

16 e. NOMBRE Y APELLIDOS:…….. .....

16 f. DNI N°…….

17. DOMICILIO FISCAL:.....

18. N° DE COMPROBANTE DE PAGO POR DERECHO DE TRAMITE……

Lo cual declaro en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y 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. 411º del Colegio Penal.

……
Químico Farmacéutico Director Técnico
Nº C.Q.F.P.: ....…….....

……
Químico Farmacéutico Asistente

Nº C.Q.F.P.: ....…….....

……..
Nombre completo, Firma del Rep. Legal y Sello de la Empresa

Nº D.N.I.: …….....