

Nombres y Apellidos:		DNI N°:									
Domicilio Real:											
Teléfono:			Horario que labora:								
Celular:			Días				Horas				
N° C.Q.F.P.:			De:		A:		De:		A:		
Correo Electrónico:				Fecha de inicio en el cargo: / /				Fecha de término en el cargo: / /			

Datos del libro a visar:

Libros oficiales:	<input type="checkbox"/>	Estupefacentes	<input type="checkbox"/>	Psicotrópicos y Precursores	N° de folios: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	Ocurrencias	<input type="checkbox"/>	Recetas	

Exposición de motivos de lo solicitado: (Sustentar lo solicitado)

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 las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración. Conforme regula el Art. 411° del Código Penal.

Solicitante:				Trámite Documentario:			
Firma y sello del Propietario o Representante Legal				Firma y sello del Director Técnico			
				Número de Registro del Expediente			

Cuadro N°1: Listado de Procedimientos Administrativos con sus Códigos y Requisitos numerados

Código	(X)	Descripción de Procedimientos de la Sub Gerencia de Cuidado Integral de la Salud	N° de Requisitos: (Ver cuadro N°2)
P888-01		Autorización Sanitaria de Ampliación de Almacén de Droguerías y Almacenes Especializados.	1,2, 11,12
P888-02		Autorización Sanitaria de Cierre Temporal hasta 12 meses () de Oficinas Farmacéuticas: Farmacias y Boticas, Botiquines, Farmacia de los Establecimientos de Salud, Droguerías y Almacenes Especializados.	4
P888-03		Autorización Sanitaria de Cierre Definitivo () de Oficinas Farmacéuticas: Farmacias y Boticas, Botiquines, Farmacia de los Establecimientos de Salud, Droguerías y Almacenes Especializados.	3
P888-04		Autorización Sanitaria de Dirección Técnica () o Químico Farmacéutico Asistente () en Oficinas Farmacéuticas: Farmacias y Boticas, Botiquines, Farmacia de los Establecimientos de Salud, Droguerías y Almacenes Especializados.	5,12
P888-05		Registro de Renuncia de Dirección Técnica () o Químico Farmacéutico Asistente () en Oficinas Farmacéuticas: Farmacias y Boticas, Botiquines, Farmacia de los Establecimientos de Salud, Droguerías y Almacenes Especializados.	6,7,8,12
P888-06		Visación de Libros de Control de Estupefacentes, Psicotrópicos y Precursores de Oficinas Farmacéuticas: Farmacias y Boticas, Farmacia de los Establecimientos de Salud, Droguerías y Almacenes Especializados.	9,10,11,12

Cuadro N°2: Listado de Requisitos para atención de los Procedimientos Administrativos

Número	(X)	Detalle de Requisitos Obligatorios de los procedimientos: (Marque con X los requisitos adjuntos según cuadro N° 1)
1		Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento cuando corresponda, en formato A-3.
2		Ampliación del Contrato por Servicio de Terceros cuando corresponda.
3		Documento que acredite haber entregado a la Autoridad de Salud correspondiente, con 15 días de anticipación al cierre, las sustancias estupefacentes o los medicamentos que lo contienen, o de haber comunicado su no existencia.
4		Relación de los productos farmacéuticos en stock indicando: cantidad, N° de lote, fecha de vencimiento debidamente firmado hoja por hoja por la persona que entrega y por el Establecimiento Farmacéutico que recibe y/o declaración jurada de la no existencia de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos, según corresponda.
5		Copia simple del Certificado de Habilidad Profesional del Químico Farmacéutico de Dirección o Asistencia Técnica.
6		Balace de drogas respectivas. (En caso no haya manejado, presentar una declaración jurada simple de no haber manejado productos controlados).
7		Copia de los folios del libro de control donde se consignan las existencias de estupefacentes, psicotrópicos, precursores de uso médico y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria.
8		Copia simple de la renuncia de la dirección técnica o Químico Farmacéutico asistente, presentada al propietario o representante legal del establecimiento, o declaración jurada de no laborar en el establecimiento farmacéutico, señalando la fecha de la renuncia
9		Libro a visar.
10		Libro anterior, si corresponde (para el traslado de saldo).
11		Copia simple de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento del establecimiento farmacéutico.
12		N° de Constancia de Pago (Boleta/Factura): _____ Fecha de Pago: _____