



## SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA DE ENCARGO

Trujillo, ..... de ..... de 20.....

### Señor Sub Gerente de Cuidado Integral de la Salud:

Persona Natural  Persona Jurídica

**Cuando corresponda a:** (Marcar con X la opción seleccionada)

Servicio de Acondicionamiento  Servicio de Fabricación  
 Servicio de Almacenamiento  Servicio de Fraccionamiento  
 Servicio de Distribución  Servicio de Reacondicionamiento  
 Servicio de Envasado  Otros

**Clase:** (Marcar con X la opción seleccionada)

Droguería  
 Almacén Especializado

### Datos del Propietario o Representante Legal:

Nombres y Apellidos:

DNI.N° o Carné de Extranjería:

Domicilio real ( Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito

Provincia

Teléfono:

Celular:

### Datos del Establecimiento Farmacéutico:

Nombre Comercial (Según RUC):

Razón Social:

N° de RUC:

Dirección ( Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito:

Provincia:

Dirección del Almacén ( Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito:

Provincia:

Correo Electrónico:

### Datos del Químico Farmacéutico Director Técnico:

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: / /

Copia del documento que acredite el contrato entre las partes para el servicio de almacenamiento o distribución de acuerdo al Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento o Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (firmados por ambas partes).

Copia del documento que acredite el contrato entre las partes para el servicio de fabricación, fraccionamiento, envasado, acondicionamiento o reacondicionamiento de acuerdo al manual de buenas prácticas de manufactura (firmados por ambas partes).

Croquis de ubicación del almacén especializado o droguería que realizará el servicio, en formato A-4.

Croquis de distribución interna del almacén especializado o droguería (áreas independientes), considerando las áreas exclusivas o compartidas incluyendo las climatizadas y refrigeradas, indicando el volumen máximo de almacenamiento en metros cúbicos, en formato A-3

Copia del Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura de Laboratorio Nacional o Extranjero que brinda el Servicio de Fabricación otorgado por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM). Se aceptarán los Certificados de Buenas Prácticas de Manufactura de los países de alta vigilancia sanitaria y de los países con los cuales exista reconocimiento mutuo. Asimismo, de acuerdo al tipo de producto o dispositivo, se aceptarán documentos equivalentes a los certificados. Para el caso de reacondicionamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios se presenta certificado de BPM otorgado por la ANM.

Relación de dispositivos médicos o productos sanitarios indicando el nombre del producto o dispositivo y clasificación.

Relación de productos farmacéuticos consignando el nombre del producto, la denominación común internacional (DCI), concentración y forma farmacéutica a fabricar o reacondicionar.

N° de Constancia de Pago (Boleta/Factura):

Fecha de Pago: \_\_\_\_\_

<b>Datos del Laboratorio encargado del servicio de fabricación, fraccionamiento, envasado, acondicionamiento o reacondicionamiento.</b>		
Nombre Comercial (Según RUC):		
Razón Social:	N° de RUC: <input type="text"/>	
Dirección ( Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):	Distrito	Provincia
Nombre del Representante Legal:	N° D.N.I.:	
Nombre del Director Técnico:	N° C.Q.F.P.:	
Nombre del Jefe de Producción.	N° C.Q.F.P.:	
Nombre del Jefe de Control de Calidad:	N° C.Q.F.P.:	
Nombre del Jefe de Aseguramiento de la Calidad:	N° C.Q.F.P.:	
<b>Datos del Almacén Especializado o Droguería encargado del servicio de almacenamiento o distribución:</b>		
Nombre Comercial (Según RUC):		
N° de RUC:	Distrito	Provincia
Dirección ( Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):		
Nombre del Representante Legal.	Nombre del Director Técnico:	
Nombre del Químico Farmacéutico Asistente:	Nombre del Químico Farmacéutico Asistente:	
<b>Exposición de motivos de lo solicitado: (Sustentar lo solicitado)</b>		
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.		
<b>Solicitante:</b>		<b>Trámite Documentario:</b>
Firma y sello del propietario o Representante Legal	Firma y sello del Director Técnico	Número de Registro del Expediente