



Departamento Provincial de Farmacia
Ministerio de Salud Jujuy

**F-APF-SIPF/ESPF-FAR-01 Aprobación de Planta Física de
Establecimientos Sanitarios de Prestaciones Farmacéuticas**

**REV:
6**

SOLICITUD

Trámite : PARA ESPF – Oficina de FARMACIA

FECHA: / / DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE FARMACIA: Dr. /a

SOLICITANTE /S Farmacéutico /a:

HORARIO en que se desempeña:(detallar en caso de auxiliares)

CUIL/CUIT:..... MP:

NOMBRE ESTABLECIMIENTO:

RAZON SOCIAL: CUIT:

TRÁMITE QUE REALIZA: Solicitud HABILITACION – Cambio Dirección Técnica – Incorporación Auxiliar – Reemplazo de Dirección Técnica - Cambio Razón Social - Traslado

HORARIO de atención al público:

CODIGO SIISA: COPIA ESTATUTO (Para las encuadradas en Art. 14-d)

CUFE:

LOCALIZACION:

CALLE _____ NUMERO _____ BARRIO _____ LOCALIDAD _____

TELEFONO _____ CORREO ELECTRONICO _____

DETALLES DE SUPERFICIES FISICAS (indique las superficies y describa en el plano)

SUPERFICIE TOTAL: m² PLANTA BAJA..... m² ENTREPISOS..... m² +PLANTAS..... m²

SUPERFICIE AREA DESPACHO: m²

SUPERFICIE AREA ADMINISTRATIVA: m²

SUPERFICIE AREA DEPÓSITO: m²

- AREA DE SUSTANCIAS BAJO CONTROL
- AREA TERMOLABILES
- AREA PRODUCTOS INVITRO
- AREA INFLAMABLES
- AREA RESIDUOS:
- SANITARIOS:

SUPERFICIE AREA LABORATORIO (*): FORMULACIONES NO ESTERILES m² ESTERILES m²

INSTALACIONES BASICAS: (tachar las que no tiene)

AGUA CORRIENTE / FUENTE CALORICA TIPO- GAS natural - ELECTRICA / LUZ NATURAL / LUZ ARTIFICIAL

VENTILACION NATURAL / VENTILACION ARTIFICIAL / CLIMATIZACION / CONEXIÓN A INTERNET

SEGURIDAD: RAMPAS ACCESO / AIREACION REGLAMENTARIA / GAS NATURAL

INSTALACIONES ELECTRICAS: **DISYUNTORES / GRUPO ELECTROGENO**

MATA FUEGOS / KITS ANTIDERRAMES SUSTANCIAS PELIGROSAS

LABORATORIO:(*) Laboratorio básico:

MESADA (1,20 x60) / BACHA / CERAMICOS (5 filas o +) / FUENTE CALORICA

Laboratorio magistrales: ESTERILES /NO ESTERILES

Laboratorio homeopático / Laboratorio de producción de especialidades (requisitos y habilitación según disposiciones ANMAT)

(*)OFICINAS DE FARMACIA VER ANEXO PETITORIO BASICO – Resol en vigencia 219/13

RUBROS A ANEXAR: HERBORISTERIA PRODUCTOS MEDICOS BOX ENFERMERIA VACUNATORIO

ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

CUIT

AFIP

HABILITACION MUNICIPAL

CERTIFICADO BOMBEROS

CONTRATO LOCACION/ O ESCRITURA según corresponda

CONTRATO SOCIETARIO INSCRIPTO EN R P C

DOS COPIAS PLANOS en papel (tamaño A4) y soporte electrónico (archivo tipo jpg. o pdf.)

FIRMA PROPIETARIO

FIRMA FARMACEUTICO DT T/JEFE

RECIBE: FIRMA

CARGO

FECHA

FECHA PREVISTA PARA LA INSPECCION: / /

AUTORIZADO POR JEFE DPF

Sujeto a pago de Arancel – Resol. 1081/14

Lo expresado se considera dato fiel, está respaldado con la documentación adjunta, y tiene carácter de declaración jurada del solicitante, y se realiza para todo trámite referente a Oficinas de Farmacia que se lleve a cabo en el Dpto. Pcial de Fcia. El Farmacéutico declara conocer los marcos legales y sus responsabilidades en el cumplimiento de los mismos.

DEBERÁ SER PRESENTADO CON DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA EN CARPETA, O CAJA Y RECIBIDO CON SELLO DE ENTRADA del DPF.-

Para presentar al iniciar trámites en Departamento Pcial. de Farmacia