



Departamento Provincial de Farmacia
Ministerio de Salud Jujuy

F-APF- DROG-01 Aprobación de Planta Física de Droguerías

REV:
1

SOLICITUD

APROBACION DE PLANTA FISICA PARA DROGUERIAS – Resol. N° 133/06- SCAS

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

SOLICITANTE /S Farmacéutico /a:..... MP:.....

CUIL/CUIT:..... TRÁMITE QUE REALIZA:.....

NOMBRE ESTABLECIMIENTO:

.....**CUIT:.....**

HORARIO en que se desempeña:.....

CODIGO SIISA:

GLN:.....

LOCALIZACION:

CALLE _____ NUMERO _____ BARRIO _____ LOCALIDAD _____

TELEFONO _____ CORREO ELECTRONICO _____

DETALLES DE SUPERFICIES FISICAS (indique las que corresponden según tipo de establecimiento)

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

SUPERFICIE AREA DESPACHO: m²

SUPERFICIE AREA DEPÓSITO: m²

SUPERFICIE AREA DE PREPARACION DE PEDIDOS: m²

- AREA DE SUSTANCIAS BAJO CONTROL m²
- AREA TERMOLABILES m²
- AREA PRODUCTOS INVITRO m²
- AREA INFLAMABLES m²
- AREA DE FRACCIONAMIENTO m²

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

SUPERFICIE AREA ADMINISTRATIVA: m²

SUPERFICIE AREA CARGA Y DESCARGA: m²

SUPERFICIE AREA DEVOLUCIONES: m²

SUPERFICIE AREA RESIDUOS: m²

SUPERFICIE SANITARIOS: m²

SUPERFICIES AREAS DE SERVICIOS GENERALES: 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 / TERMOMETRO / HIGROMETRO

SEGURIDAD: RAMPAS ACCESO /AIREACION REGLAMENTARIA / GAS NATURAL

INSTALACIONES ELECTRICAS: **DISYUNTORES / GRUPO ELECTROGENO**

MATA FUEGOS / KITS ANTIDERRAMES SUSTANCIAS PELIGROSAS

LABORATORIO:(*) Laboratorio básico de control de calidad:

MESADA / PILETA / FUENTE CALORICA / SUPERFICIE LAVABLE EN PAREDES / PISO RESISTENTE A ACCION DE AGENTES QUIMICOS / VENTILACIÓN DEL AREA

REQUISITOS ADJUNTOS:

CUIL

AFIP

HABILITACION MUNICIPAL

CERTIFICADO BOMBEROS

CONTRATO LOCACION/ O ESCRITURA según corresponda

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

FOTOS ACTUALES AL MOMENTO DE LA SOLICITUD (en archivo informático)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DDJJ DE TRANSPORTE - RESOL 717/11 SPPRS/SCAS

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 – (Establecimientos Privados)

Firmas Certificadas

El Farmacéutico declara conocer los marcos legales y sus responsabilidades en el cumplimiento de los mismos.