



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO AC-4	
Solicitud - Declaración Jurada	
COMUNICACIÓN DE:	
a) CIERRE TEMPORAL	<input type="checkbox"/>
b) AMPLIACIÓN DE CIERRE TEMPORAL:	<input type="checkbox"/>
CONSIGNAR EL TIEMPO O PLAZO DE CIERRE TEMPORAL O AMPLIACIÓN DE TEMPORAL	
7 Días <input type="checkbox"/>	Dos meses <input type="checkbox"/>
Un mes <input type="checkbox"/>	Tres meses <input type="checkbox"/>
	Doce meses <input type="checkbox"/>
	Otro:
Mayor de siete días, hasta por un máximo de 12 meses	

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS: <https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

DURANTE EL CIERRE TEMPORAL EL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DE COMERCIALIZACIÓN, EXPENDIO Y/O DISPENSACIÓN DE PF, DM O PS.

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

1. CLASE FARMACIA BOTICA FARMACIA DE EESS BOTIQUÍN

2. RAZON SOCIAL:

3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE-RUC N°: N° REGISTRO DE EF:

4. NOMBRE COMERCIAL:

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.	<input type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>	LOT	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>	DPTO.:	<input type="text"/>

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

6. APELLIDOS: NOMBRES:

DNI TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

7.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS

INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO (En caso de contar con ello)

8. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9. El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores: SI NO

Marca SI, indicar:

Psicotropicos SI NO

Estupefacientes SI NO

Psicotropicos Lista IVB SI NO

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO AC-4**

2 **Para cierre temporal mayor a los tres (03) meses**, debe adjuntar la relación de productos o dispositivos existentes, indicando nombre, cantidad, forma farmaceutica o cosmetica, lote o serie, segun corresponda y la fecha de vencimiento, la misma que sera verificada en la inspeccion de reinicio de actividades. de conformidad al Art. 23° del D.S N° 014-2011 SA.

ART. 23° DEL D.S. 014-2011 TRANSCURRIDOS DOCE (12) MESES DEL CIERRE TEMPORAL DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO, SIN QUE SU PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL HUBIERE SOLICITADO EL REINICIO DE ACTIVIDADES (...) EL ORGANO DESCONCENTRADO DE LA AUTORIDAD NACIONAL DE SALUD, (...) A TRAVÉS DE LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE DISPONDRA EL CIERRE DEL ESTABLECIMIENTO.

ART. 23°(...) PREVIO AL CIERRE, SE VERIFICARA LA TENENCIA O DEVOLUCION DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES, PSICOTROPICOS O PRECURSORES DE LOS PRODUCTOS QUE LA CONTIENEN.

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 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. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Puno, de Del 20.....

Firma del Director técnico

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico