



DIRECCIÓN
REGIONAL DE
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
MEDICAMENTOS INSUMOS Y
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO AC-5
Solicitud - Declaración Jurada

COMUNICACIÓN DE:

**CIERRE DEFINITIVO DE
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

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

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)							
1. CLASE	FARMACIA <input type="checkbox"/>	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA DE EESS <input type="checkbox"/>	BOTIQUÍN <input type="checkbox"/>			
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>						
3. REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE RUC N°	<input type="text"/>	N° REGISTRO DE EF:	<input type="text"/>				
4. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>						
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"/>		
Correo Electronico:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>				
LEGIBLE, OBLIGATORIO							
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL							
6. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>				
DNI	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>				
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS							
7.	<input type="text"/>						
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					<input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO (En caso de contar con ello)							
8. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>				
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>	TF:	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO							
INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO							
9. El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Marca SI, indicar:							
Psicotropicos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Estupefacientes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

Psicotropicos Lista IVB

SI

NO

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

1

Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO AC-5**

2

Para cierre definitivo: Declaración jurada de no existencia de productos, dispositivos, insumos, materiales y equipos, según corresponda.

Nota: En el caso que el establecimiento tenga en existencia sustancias estupefacientes, psicotrópicas o precursores o de los productos que las contiene, previamente deberá entregarlas, junto con el Libro de Control de Estupefacientes, a la DIGEMID o en su caso, al órgano competente dentro de los **quince (15) días hábiles anteriores al cierre definitivo del establecimiento**, de lo contrario, dichas sustancias serán decomisadas, según lo previsto en el artículo 56 del Decreto Supremo N° 023-2001-SA, Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria.

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**