



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS Y  
DROGAS

**FORMATO DC-4**  
**Solicitud - Declaración Jurada**

N° DE EXP:

FECHA:

**COMUNICACIÓN DE:**

a) CIERRE TEMPORAL

b) AMPLIACIÓN DE CIERRE TEMPORAL:

**CONSIGNAR EL TIEMPO O PLAZO DE CIERRE TEMPORAL O  
AMPLIACIÓN DE TEMPORAL**

15 Días  Dos meses  Doce meses

Un mes  Tres meses  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, FABRICACIÓN Y/O  
DISTRIBUCIÓN DE PF, DM O PS.**

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)**

**CATEGORÍA:** DROGUERÍA  ALMACEN ESPECIALIZADO

1. RAZON SOCIAL:

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

3. NOMBRE COMERCIAL:

**4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:**

Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:

URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.:

DISTRITO:  PROV.:  DPTO.:

Correo Electronico:  Telefono:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:**

Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:

URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ  LOTE.:

DISTRITO:  PROV.:  DPTO.:

**PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:**

6. APELLIDOS:  NOMBRES:

DNI:  TELÉFONO

**CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN 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

**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. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACION DE BALANCE: SI  ESTUPEFACIENTE   
 NO

10. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACION DE BALANCE: SI  PSICOTROPICO LISTA IVB   
 NO

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO DC-4**
- 2 Para el caso de que el cierre temporal es 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 A LA AUTORIDAD NACIONAL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, 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 y sello del Director Técnico

\_\_\_\_\_  
 Firma del Propietario o Representante Legal  
 y Sello del Establecimiento Farmacéutico