



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE  
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA  
DE MEDICAMENTOS  
INSUMOS Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO DC-5**  
Solicitud - Declaración Jurada

**COMUNICACIÓN DE:**

- a) CIERRE DEFINITIVO ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO
- b) CIERRE DEFINITIVO DE ALMACEN N°....   
(Solo en caso de contar con más de 01 almacén)

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)  |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
|---|--|------------------------------------|--|--------|--|----------------------|----------------------|--------|--|----------------------|
| CATEGORÍA:  |  | DROGUERÍA <input type="checkbox"/> |  |        | ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/> |                      |                      |        |  |                      |
| 1. RAZON SOCIAL:  |  | <input type="text"/>               |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| 2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE-RUC N°:   |  | <input type="text"/>               |  |        | N° REGISTRO DE EF:                             |                      | <input type="text"/> |        |  |                      |
| 3. NOMBRE COMERCIAL:  |  | <input type="text"/>               |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| 4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:  |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| Calle / Jiron / Avenida:  |  | <input type="text"/>               |  |        | N°:  |                      | <input type="text"/> |        |  |                      |
| URB./AA.HH./PP.JJ.:   |  | <input type="text"/>               |  |        | MZ:  |                      | <input type="text"/> |        |  |                      |
| DISTRITO:   |  | <input type="text"/>               |  | PROV.: |  | <input type="text"/> |                      | DPTO.: |  | <input type="text"/> |
| Correo Electronico:   |  | <input type="text"/>               |  |        | Telefono:                                      |                      | <input type="text"/> |        |  |                      |
| <b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>   |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| 5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN, EN CASO DE DROGUERÍA O A. ESPECIALIZADO (según lo autorizado por DIREMID)   |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| Calle / Jiron / Avenida:  |  | <input type="text"/>               |  |        | N°:  |                      | <input type="text"/> |        |  |                      |
| URB./AA.HH./PP.JJ.:   |  | <input type="text"/>               |  |        | MZ:  |                      | <input type="text"/> |        |  |                      |
| DISTRITO:   |  | <input type="text"/>               |  | PROV.: |  | <input type="text"/> |                      | DPTO.: |  | <input type="text"/> |
| 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 NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS   |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| 7.  |  | <input type="text"/>               |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| <b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>   |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| 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"/> |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |
| 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"/> |
| <b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>   |  |                                    |  |        |  |                      |                      |        |  |                      |

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

|   |                             |                        |                          |
|---|-----------------------------|------------------------|--------------------------|
| 9. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACION DE BALANCE:     | SI <input type="checkbox"/> | ESTUPEFACIENTE         | <input type="checkbox"/> |
|   | NO <input type="checkbox"/> |                        |                          |
| 10. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACION DE BALANCE: | SI <input type="checkbox"/> | PSICOTROPICO LISTA IVB | <input type="checkbox"/> |
|   | NO <input type="checkbox"/> |                        |                          |

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según <b>FORMATO DC-5</b>                           |
| 2 | 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. 23º 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 ORGANISMO DESCONCENTRADO DE LA AUTORIDAD NACIONAL DE SALUD, (...) A TRAVÉS DE LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE DISPONDRA EL CIERRE DEL ESTABLECIMIENTO.

ART. 23º (...) 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. 411º DEL CÓDIGO PENAL.

Puno, ..... de ..... Del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Director técnico

\_\_\_\_\_  
Firma del Propietario o Representante Legal