



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO AC-4
Solicitud - Declaración Jurada

COMUNICACIÓN DE:

a) CIERRE TEMPORAL

b) AMPLIACIÓN DE CIERRE TEMPORAL:

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

7 Días Dos meses Doce meses

Un mes Tres meses Otro:

Mayor de siete días, hasta por un máximo de 12 meses

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)

CATEGORÍA: BOTICA FARMACIA BOTIQUÍN
FARMACIA DEL ESTAB. DE SALUD

1. RAZON SOCIAL:

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

3. NOMBRE COMERCIAL:

4. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.

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

DISTRITO: PROV.: DPTO.:

Correo Electronico: Telefono:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

5. APELLIDOS: NOMBRES:

DNI TELÉFONO

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

6.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General, inciso 20.4 . Deberá confirmar la recepción en un plazo máximo de 2 días hábiles desde el día siguiente de efectuada la notificación

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

7. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

8. 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