



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**

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)

CATEGORÍA: BOTICA FARMACIA BOTIQUÍN
FARMACIA DEL ESTAB. DE SALUD

1. **RAZON SOCIAL:**
2. **REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE RUC N°** **N° REGISTRO DE EF:**
3. **NOMBRE COMERCIAL:**

4. 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

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 Precursoras: **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-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 DISPONDRÁ EL CIERRE DEL ESTABLECIMIENTO.

ART. 23°(...) PREVIO AL CIERRE, SE VERIFICARÁ LA TENENCIA O DEVOLUCIÓN DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS 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**