



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

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

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

**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 PRESENTACIÓN 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