



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)

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)

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, EN CASO DE DROGUERÍA O A. ESPECIALIZADO (según lo autorizado por DIREMID)

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 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			
<input type="checkbox"/>	1	Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según FORMATO DC-5	
<input type="checkbox"/>	2	Declaración jurada de no existencia de productos, dispositivos, insumos, materiales y equipos, según corresponda.	
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			
<p>ART. 23º (...) PREVIO AL CIERRE, SE VERIFICARA LA TENENCIA O DEVOLUCION DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES, PSICOTROPICOS O PRECURSORES DE LOS PRODUCTOS QUE LA CONTIENEN.</p>			
<p>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.</p>			

Puno, de Del 20.....

Firma del Director técnico

Firma del Propietario o Representante Legal