



DIRECCIÓN
REGIONAL DE

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
MEDICAMENTOS INSUMOS Y
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO DC-6 Solicitud - Declaración Jurada	
COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDADES DE:	
a) CON CIERRE TEMPORAL MENOR A 3 MESES	<input type="checkbox"/>
b) CON CIERRE TEMPORAL IGUAL O MAYOR A 3 MESES	<input type="checkbox"/>

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 (Según lo autorizado por DIREMID):							
Calle / Jiron / Avenida: <input type="text"/>		<input type="text"/>			N°: <input type="text"/>		INT.: <input type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.: <input type="text"/>		<input type="text"/>			MZ. <input type="text"/>		LOTE.: <input type="text"/>
DISTRITO: <input type="text"/>		PROV.: <input type="text"/>		DPTO.: <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Correo Electronico: <input type="text"/>				Telefono: <input type="text"/>			
LEGIBLE, OBLIGATORIO							
5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN, EN CASO DE DROGUERÍA O A. ESPECIALIZADO (según lo autorizado por DIREMID)							
Calle / Jiron / Avenida: <input type="text"/>		<input type="text"/>			N°: <input type="text"/>		INT.: <input type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.: <input type="text"/>		<input type="text"/>			MZ. <input type="text"/>		LOTE.: <input type="text"/>
DISTRITO: <input type="text"/>		PROV.: <input type="text"/>		DPTO.: <input type="text"/>		<input type="text"/>	
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:							
6. APELLIDOS: <input type="text"/>		NOMBRES: <input type="text"/>			<input type="text"/>		
DNI: <input type="text"/>		TELÉFONO <input type="text"/>			<input type="text"/>		
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS							
7. <input type="text"/>							
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 TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO							
8. APELLIDOS: <input type="text"/>		NOMBRES: <input type="text"/>			<input type="text"/>		
C.Q.F.P. N°: <input type="text"/>		email <input type="text"/>			DNI: <input type="text"/>		TF: <input type="text"/>
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

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO DC-6**
- 2 Documento de cierre temporal

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Profesional

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