



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

MESES

Mayor de 1 mes hasta por un máximo de 12 meses

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES  
SANITARIAS: <https://forms.gle/FW hu8JYXpDXMDs7J8>

**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)**

1. CLASE FARMACIA  BOTICA  FARMACIA DE EESS  BOTIQUÍN

2. RAZON SOCIAL:

3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE-RUC N°:

N° REGISTRO DE EF:

4. NOMBRE COMERCIAL:

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.

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

MZ.

LOT

DISTRITO:

PROV.:

DPTO.:

**PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

6. APELLIDOS:

NOMBRES:

DNI

TELÉFONO

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

7.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

MARCAR

AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para  
este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444,  
Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS

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

8. APELLIDOS:

NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:

email

DNI

TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**DEL PERIODO DEL CIERRE TEMPORAL O AMPLIACIÓN DE CIERRE TEMPORAL**

9. Número de meses de cierre temporal

Periodo del

al

Dia / mes / año

Dia / mes / año

Mayor de 1 mes hasta por un máximo de 12 meses

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

10. El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursoras:

SI NO 

Marca SI, indicar:

Psicotropicos

SI NO 

Estupefacientes

SI NO 

Psicotropicos Lista IVB

SI NO **DISPOSICIONES A OBSERVAR**

ART. 23° DEL D.S. 014-2011 .-

EL CIERRE TEMPORAL O DEFINITIVO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO, DEBEN SER COMUNICADOS (...) A LA AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD (ARS) CORRESPONDIENTE A TRAVÉS DE LA AUTORIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE NIVEL REGIONAL (ARM), **PREVIO A LA FECHA DE SU INICIO DEL CIERRE**

EL CIERRE TEMPORAL DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO TENDRÁ UN PLAZO MÁXIMO DE DOCE (12) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO SEÑALADA EN LA COMUNICACIÓN DIRIGIDA A LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE. TRANSCURRIDOS LOS DOCE (12) MESES DEL CIERRE TEMPORAL DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO, SIN QUE EL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL HUBIERE COMUNICADO EL REINICIO DE SUS ACTIVIDADES (...) LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE DISPONDRÁ EL CIERRE DEFINITIVO DEL ESTABLECIMIENTO.

EN CASO EL ESTABLECIMIENTO CUENTE CON EXISTENCIAS DE PRODUCTOS DURANTE EL CIERRE TEMPORAL, DEBE ASEGURARSE EL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO, BAJO RESPONSABILIDAD DEL DIRECTOR TÉCNICO Y DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL.

**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