



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**

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS: <https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

| INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)   |                                   |                                 |   |                                   |                             |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. CLASE   | FARMACIA <input type="checkbox"/> | BOTICA <input type="checkbox"/> | FARMACIA DE EESS <input type="checkbox"/> | BOTIQUÍN <input type="checkbox"/> |                             |
| 2. RAZON SOCIAL:   | <input type="text"/>              |                                 |   |                                   |                             |
| 3. REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE RUC N°  | <input type="text"/>              | N° REGISTRO DE EF:              | <input type="text"/>                      |                                   |                             |
| 4. NOMBRE COMERCIAL:   | <input type="text"/>              |                                 |   |                                   |                             |
| 5. 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  |                                   |                                 |   |                                   |                             |
| 6. APELLIDOS:  | <input type="text"/>              | NOMBRES:                        | <input type="text"/>                      |                                   |                             |
| DNI  | <input type="text"/>              | TELÉFONO                        | <input type="text"/>                      |                                   |                             |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS  |                                   |                                 |   |                                   |                             |
| 7.   | <input type="text"/>              |                                 |   |                                   |                             |
| LEGIBLE, OBLIGATORIO   |                                   |                                 |   |                                   |                             |
| 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 |                                   |                                 |   |                                   |                             |
| <input type="checkbox"/>   |                                   |                                 |   |                                   |                             |
| INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO (En caso de contar con ello)  |                                   |                                 |   |                                   |                             |
| 8. APELLIDOS:  | <input type="text"/>              | NOMBRES:                        | <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. El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores:  |                                   |                                 |   | SI <input type="checkbox"/>       | NO <input type="checkbox"/> |
| Marca SI, indicar:   |                                   |                                 |   |                                   |                             |
| Psicotropicos  | SI <input type="checkbox"/>       | NO <input type="checkbox"/>     | Estupefacientes                           | SI <input type="checkbox"/>       | NO <input type="checkbox"/> |
| Psicotropicos Lista IVB  | SI <input type="checkbox"/>       | NO <input type="checkbox"/>     |   |                                   |                             |

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

1

Declaración Jurada de que no se cuenta con existencia de productos, dispositivos, insumos, materiales y equipos, según corresponda.

**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**

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 AL CIERRE DEFINITIVO, VERIFICARÁN LA TENENCIA O DEVOLUCIÓN DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES, PSICOTRÓPICOS O PRECURSORES O DE LOS PRODUCTOS QUE LAS 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