



N° DE EXP:

FECHA:

**FORMATO AC-6**  
**Solicitud - Declaración Jurada**COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDADES:   
CON CIERRE TEMPORAL SOLICITADO MAYOR A 1 MES Y MENOR  
A 12 MESESRegistrar 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 la Autoridad)									
1. CLASE	FARMACIA	<input type="checkbox"/>	BOTICA	<input type="checkbox"/>	FARMACIA DE EESS	<input type="checkbox"/>	BOTIQUÍN	<input type="checkbox"/>	
2. RAZON SOCIAL:									
3. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:			N°. REGISTRO DE EF						
4. NOMBRE COMERCIAL:									
5. DIRECCIÓN (Según lo autorizado ante la DIRIS):									
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 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					<input type="checkbox"/>				
INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO									
8. APELLIDOS:			NOMBRES:						
C.Q.F.P. N°:	email			DNI:	TF:				
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"/>	Estupefaciente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Psicotropicos Lista IVB	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>					
El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de <b>HÁBIL</b> , 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