



DIRECCIÓN
REGIONAL DE

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
MEDICAMENTOS INSUMOS Y
DROGAS

FORMATO DC-4
Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXP:

FECHA:

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 siete días, 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/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

DURANTE EL CIERRE TEMPORAL EL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DE COMERCIALIZACIÓN, FABRICACIÓN Y/O
DISTRIBUCIÓN DE PF, DM O PS.

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

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:

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

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

