



DIRECCIÓN
REGIONAL DE
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA
DE MEDICAMENTOS
INSUMOS Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO DC-5
Solicitud - Declaración Jurada

COMUNICACIÓN DE:

- a) CIERRE DEFINITIVO ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO
- b) CIERRE DEFINITIVO DE ALMACEN N°
(Solo en caso de contar con más de 01 almacén)

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)												
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:												
Calle / Jiron / Avenida:			<input type="text"/>			N°:		<input type="text"/>		INT.:		
URB./AA.HH./PP.JJ.:			<input type="text"/>			MZ.		<input type="text"/>		LOTE.:		
DISTRITO:		<input type="text"/>			PROV.:		<input type="text"/>		DPTO.:	<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"/>			N°:		<input type="text"/>		INT.:		
URB./AA.HH./PP.JJ.:			<input type="text"/>			MZ		<input type="text"/>		LOTE.:		
DISTRITO:		<input type="text"/>			PROV.:		<input type="text"/>		DPTO.:	<input type="text"/>		
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 NOTIFICARAN 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									MARCAR <input type="checkbox"/>			
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. 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	Declaración jurada de no existencia de productos, dispositivos, insumos, materiales y equipos, según corresponda.
---	---

DISPOSICIONES A OBSERVAR

ART. 23º 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. 411º DEL CÓDIGO PENAL.

Puno, de Del 20.....

Firma del Director técnico

Firma del Propietario o Representante Legal