



DIRECCIÓN
REGIONAL DE

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
MEDICAMENTOS INSUMOS Y
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO DC-6

Solicitud - Declaración Jurada

COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDADES DE:
CON CIERRE TEMPORAL SOLICITADO MAYOR A 1 MES Y MENOR
A 12 MESES

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 (Según lo autorizado por DIREMID):			
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	INT.:
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	LOTE.:
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	DPTO.:
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°:	INT.:
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	LOTE.:
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	DPTO.:
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			<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO			
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"/> | | |

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, 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