



N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A-4

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

- a) CIERRE TEMPORAL
- b) CIERRE DEFINITIVO
- c) AMPLIACIÓN DEL CIERRE TEMPORAL

EN CASO DE CIERRE TEMPORAL CONSIGNAR FECHA DE CIERRE:

DEL: / / AL: / /
Día Mes Año Día Mes Año

POR UN MÁXIMO DE 12 MESES

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA FARMACIA OF. FARMAC. ESPECIALIZADA
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DROGUERÍA

2. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

3. RAZÓN SOCIAL:

4. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. PERIODO DEL CIERRE TEMPORAL
(Días)

(Será efectivo a partir de notificada la Autorización de Cierre temporal, por el tiempo o plazo solicitado y hasta un máximo de 12 meses, durante el cual NO puede realizar actividad de comercialización, dispensación, almacenamiento y/o distribución)

En el caso de que el cierre temporal es mayor a los tres (03) meses, debe adjuntar la relación de productos o dispositivos existentes, indicando nombre, cantidad, forma farmacéutica o cosmética, lote o serie, según corresponda y la fecha de vencimiento, la misma que será verificada en la inspección de reinicio de actividades, de conformidad al Art. 23° del D.S N° 014-2011 SA.

6. DISTRITO: 7. PROVINCIA:

8. CALLE: (Av, Jr, Carr)

8a URB./AA.HH:

9. DOMICILIO FISCAL

10. NÚMERO 11. INTERIOR 12. MANZANA 13. LOTE

14. CORREO ELECTRÓNICO DEL EEF 15. TELÉFONO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

17. CORREO ELECTRÓNICO 18. TELÉFONO

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

19. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO CUANDO CORRESPONDA

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI TF:

20. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTRÓPICO

ESTUPEFACIENTE

NO

21. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTRÓPICO LISTA IVB

NO

22. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TELÉFONO:

email

23. N° COMPROBANTE DE PAGO 24. DÍA DE PAGO



25. REQUISITOS CIERRE DEFINITIVO (PROCEDIMIENTO N° 103 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

- 1 Solicitud de Autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Declaración jurada de no existencia de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 3 Relación de Productos Controlados a la Fecha del Cierre y Copia del último Folio del Libro de Psicotrópicos, si manejaba

26. REQUISITOS CIERRE TEMPORAL (PROCEDIMIENTO N° 103 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA)

- 1 Solicitud de Autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.

Nota: En el caso que el establecimiento tenga en existencia sustancias estupefacientes, psicotrópicas o precursores o de los productos que las contiene, previamente deberá tramitar el procedimiento de: recepción, evaluación y custodia de sustancias o medicamentos sujetos a fiscalización sanitaria. Artículo 56 del Decreto Supremo N° 023-2001-SA, que aprueba el reglamento de Estupefacientes, psicotrópicas y otras sustancias sujetas a fiscalización

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 FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma y Sello del Director Técnico

Firma y Sello del Propietario o Representante Legal

Sello del Establecimiento Farmacéutico

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS