



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

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



DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD I JAÉN  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS  
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA



**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 FALSEDAD 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