



FORMATO DE ORIENTACION

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

COMUNICACION DE:

a) CIERRE TEMPORAL DEL ESTABLECIMIENTO ☐

EL PERIODO DE CIERRE ES POR UN PLAZO MAXIMO DE 12 MESES

7 Días ☐

Dos meses ☐

Doce meses ☐

Un mes ☐

Tres meses ☐

Otro: _____ ☐

b) CIERRE DEFINITIVO DEL ESTABLECIMIENTO ☐

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

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CATEGORÍA: BOTICA ☐

FARMACIA ☐

FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE-RUC N°:

N° REGISTRO DE EF:

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

Correo Electronico:

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

5a. Calle / Jiron / Avenida:

N°:

INT.

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:

MZ.

LOTE.:

5c. DISTRITO:

6d. PROV.:

6e. DPTO.:

5f. Correo Electronico:

5g. Telefono:

6. El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores:

SI ☐

NO ☐

Psicotropicos SI ☐

NO ☐

Estupefacientes SI ☐

NO ☐

Psicotropicos Lista IVB SI ☐

NO ☐

ART. 23° DEL D.S. 014-2011 TRANSCURRIDOS DOCE (12) MESES DEL CIERRE TEMPORAL DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO, SIN QUE SU PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL HUBIERE SOLICITADO EL REINICIO DE ACTIVIDADES (...) EL ORGANO DESCONCENTRADO DE LA AUTORIDAD NACIONAL DE SALUD, (...) A TRAVÉS DE LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE DISPONDRA EL CIERRE DEL ESTABLECIMIENTO.

PARA SOLICITAR EL CIERRE DEFINITIVO, SE DEBE PRESENTAR ADICIONALMENTE: DECLARACION JURADA DE NO EXISTENCIA DE PRODUCTOS, DISPOSITIVOS, INSUMOS, MATERIALES Y EQUIPOS SEGUN CORRESPONDA.

ART. 23°(...) PREVIO AL CIERRE, SE VERIFICARA LA TENENCIA O DEVOLUCION DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES, PSICOTROPICOS O PRECURSORES DE LOS PRODUCTOS QUE LA 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. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma del Propietario o Representante Legal
y Sello del Establecimiento Farmacéutico