



N° DE EXPEDIENTE :

FECHA :

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

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

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO

a) OFICINA FARMACÉUTICA: BOTICA FARMACIA

b) FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

2. NOMBRE COMERCIAL: _____
(Según RUC)

3. RAZÓN SOCIAL: _____

4. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: _____

5. CALLE: (Av, Jr, Carr): _____

6. NÚMERO: _____ 7. INTERIOR: _____ 8. MANZANA: _____ 9. LOTE: _____

10. URB./AA.HH: _____

11. DISTRITO: _____ 12. PROVINCIA: _____

13. DOMICILIO FISCAL: _____

14. CORREO ELECTRONICO DEL EEF: _____ 15. CEL.: _____

16 HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/> LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/> VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

17 COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETOS A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO
NO ESTUPEFACIENTE

18 COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETOS A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO LISTA IVB
NO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

19 PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

20 DNI. N°: _____ 21 Email: _____ 22 CEL.: _____

23 DOMICILIO FISCAL: _____

INFORMACIÓN DEL CIERRE

24 PERIODO DEL CIERRE TEMPORAL _____ () DÍAS MESES
(Letras) (Números)

(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.SN.° 014-2011 SA.



INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

25 DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

26 C.Q.F.P. N°: 27 Email: 28 CEL.:

29 HORARIO DE LABOR:

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

30 ASISTENTE TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

APELLIDOS: NOMBRES:

31 C.Q.F.P. N°: 32 Email: 33 CEL.:

34 HORARIO DE LABOR:

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ... [Formato 24 horas])

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

REQUISITOS PARA CIERRE DEFINITIVO

- 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.

REQUISITOS PARA CIERRE TEMPORAL

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Para 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.

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 del 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.

Sello y firma del
Director Técnico
N° C.Q.F.P.:

Sello y firma del
Q.F. Asistente
N° C.Q.F.P.:

Sello y firma del Propietario
o Representante Legal
DNI N°:

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 EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS, REGIÓN DE SALUD DE MADRE DE DIOS.