



**FORMATO  
ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO  
Solicitud de Carácter de Declaración Jurada**

Nº DE EXPEDIENTE :

FECHA :

**AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:**

- a) CIERRE TEMPORAL   
(Mayor de siete días y hasta por un máximo de 12 meses)
- b) AMPLIACIÓN DE CIERRE TEMPORAL
- c) CIERRE DEFINITIVO DEL EE. FF   
(OF. Administrativa + Almacén)
- d) CIERRE DEFINITIVO DE ALMACEN N°.....  
(Solo en caso de contar con más de 01 almacén)

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

1. CLASE:	DROGUERÍA <input type="checkbox"/>	ALMACÉN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>
2. NOMBRE COMERCIAL:	_____	
(Según RUC)		
3. RAZON SOCIAL:	_____	
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	_____	5 N.º REGISTRO DE EF _____
6 CORREO ELECTRONICO DEL EE. FF	_____	
		7 TF/ CEL.: _____

**8 REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	_____	NOMBRES	_____
9 DNI. N°:	_____	10 Email	_____
11 TF/ CEL.: _____			

12 DOMICILIO FISCAL: \_\_\_\_\_

13 DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Según lo autorizado ante la DEMID; en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección):

14 CALLE: (Av, Jr, Carr)	_____		
15 NÚMERO:	_____	16 INTERIOR:	_____
17 MANZANA:	_____	18 LOTE:	_____
19 URB./AA.HH:	_____		
20 DISTRITO:	_____		
21 PROVINCIA:	_____		

22 DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Según lo autorizado ante la DEMID; en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección):

23 CALLE: (Av, Jr, Carr)	_____		
24 NÚMERO:	_____	25 INTERIOR:	_____
26 MANZANA:	_____	27 LOTE:	_____
28 URB./AA.HH:	_____		
29 DISTRITO:	_____		
30 PROVINCIA:	_____		

17 COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETOS A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI <input type="checkbox"/>	PSICOTROPICO <input type="checkbox"/>
		ESTUPEFACIENTE <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	
18 COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETOS A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI <input type="checkbox"/>	PSICOTROPICO LISTA IVB <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	

**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; mayor de siete días 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.23º del D.S.N.º 014-2011 SA.



**INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

**25 DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO (En caso de contar con ello)**

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"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**30 ASISTENTE TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO (En caso de contar con ello)**

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"/> MIERCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/> DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____	_____			

**REQUISITOS PARA CIERRE DEFINITIVO**

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Declaracion jurada de no existencia de productos farmacéuticos, dispositivos medicos 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 farmaceutica o cosmética, lote o serie, segun corresponda y la fecha de vencimiento, la misma que sera verificada en la inspección de reinicio de actividades. de conformidad al Art. 23º del D.S N° 014-2011 SA.

**Nota:** En el caso que el establecimiento tenga en existencia sustancias estupefacientes, psicotropicas o precursores o de los productos que las contiene, previamente deberá entregarlas, junto con el Libro de Control de Estupefacientes, tramitar el procedimiento de: recepcion, evaluacion y custodia de sustancias o medicamentos sujetos a fiscalización sanitaria, a la DEMID dentro de los quince (15) días hábiles anteriores al cierre definitivo del establecimiento, de lo contrario, dichas sustancias serán decomisadas, segun lo previsto en el artículo 56º del Decreto Supremo N° 023-2001-SA, Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria.

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 pecuniarlo, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración. Conforme regula el Art. 411º del Código Penal.

Sello y firma del  
Director Técnico

Nº C.Q.F.P: .....

Sello y firma del  
Q.F. Asistente

Nº 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.