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

DEMID JAEN

FORMATO A-4

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

a) CIERRE TEMPORAL ☐

b) CIERRE DEFINITIVO ☐

c) AMPLIACIÒN DEL CIERRE TEMPORAL ☐

EN CASO DE CIERRE TEMPORAL CONSIGNAR FECHA DE CIERRE:

DEL: ___/___/___ (Dia Mes Año) AL: ___/___/___ (Dia Mes Año)

POR UN MÀXIMO DE 12 MESES

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: BOTICA ☐ FARMACIA ☐ OF. FARMAC. ESPECIALIZADA ☐

FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐

2. NOMBRE COMERCIAL: _____

(Según RUC)

3. RAZON SOCIAL: _____

4. REGISTRO UNICO 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 maximo de 12 meses, duarnte 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 farmaceutica o cosmetica, lote o serie, segun corresponda y la fecha de vencimiento, la misma que sera verificada en la inspeccion 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 ELECTRONICO DEL EEF _____ **15. TELEFONO** _____

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS _____ **NOMBRES** _____

17. CORREO ELECTRONICO _____ **18. TELEFONO** _____

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

19. DIRECTOR TECNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO CUANDO CORRESPONDA

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____

C.Q.F.P. N°: _____ **email** _____ **DNI** _____ **TF:** _____

20. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: **SI** ☐ **PSICOTROPICO** ☐ **ESTUPEFACIENTE** ☐ **NO** ☐

21. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: **SI** ☐ **PSICOTROPICO LISTA IVB** ☐ **NO** ☐

22. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

_____

DISTRITO: _____ **TELEFONO:** _____

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. Declaracion jurada de no existencia de productos farmacéuticos, dispositivos medicos 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, psicotropicas o precursores o de los productos que las contiene, previamente debera tramitar el procedimiento de: recepcion, evaluacion y custodia de sustancias o medicamentos sujetos a fiscalización sanitaria. Articulo 56 del Decreto Supremo N° 023-2001-SA, que aprueba el reglamento de Estupefacientes, psicotropicos 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