DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD JAEN
DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS
DIRECCION DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

GOBIERNO REGIONAL Cajamarca

FORMATO E

Solicitud - Declaración Jurada

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

AUTORIZACIÓN SANITARIA DE

REINICIO DE ACTIVIDADAES DE:

- **a) FARMACIA** ☐
- **b) BOTICA** ☐
- **c) BOTIQUIN** ☐
- **d) FARMACIA DE EE.SS.** ☐
- **e) DROGUERIA** ☐

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

1. CATEGORÍA: ☐ FARMACIA ☐ BOTICA ☐ BOTIQUIN ☐ FARMACIA DE EE.FF. ☐ DROGUERÍA

2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE ï RUC N°	
3. NOMBRE COMERCIAL:	
4. RAZON SOCIAL:	
5. APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:	

6. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO: Para el caso de Boticas, Farmacias, Botiquines, Farmacias de EE.SS.

6a. Calle / Jiron / Avenida:						
6b. N°		**6c.** INT.:		**6d.** MZ.:	**6e.** LOTE:	
6f. URB./AA.HH./PP.JJ.:						
6g. DISTRITO:			**6h.** PROV.:		**6i.** DPTO.:	
6j. Correo Electrónico:				**6k.** Teléfono:		

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: Para el caso de Droguerías

7a. Calle / Jiron / Avenida:						
7b. N°		**7c.** INT.:		**7d.** MZ.:	**7e.** LOTE:	
7f. URB./AA.HH./PP.JJ.:						
7g. DISTRITO:			**7h.** PROV.:		**7i.** DPTO.:	
7j. Correo Electrónico:				**7k.** Teléfono:		

INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO U OTRO PROFESIONAL SEGÚN CORRESPONDA:

8. DIRECTOR TECNICO QUÍMICO FARMACÉUTICO:

8a.	**APELLIDOS Y NOMBRES:**		**8b. N° COLEGIATURA:**
	8c. Correo Electrónico:		**8d.** Teléfono:

9. REQUISITOS

9.1 SOLICITUD DIRIGIDA AL DIRECTOR DE LA DISA JAEN, CON ATENCIÓN A LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS, SOLICITANDO EL CIERRE TEMPORAL O DEFINITIVO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO SUSCRITA POR EL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL Y POR EL DIRECTOR TÉCNICO.

9.2 PAGO POR DERECHO DE TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE REINICIO DE ACTIVIDADAES

NOTA: En los casos de cierre Temporal hasta por un período de siete (07) días calendario, no es necesario solicitar reinicio de actividades.

ART. 23º 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 A LA AUTORIDAD NACIONAL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS, LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE DISPONDRA EL CIERRE DEL ESTABLECIMIENTO.

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 Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal

y Sello del Establecimiento Farmacéutico

Jaén, _____ de _____ del 20____