



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este

FORMATO DE ORIENTACIÓN

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

COMUNICACIÓN DE:

a) CIERRE TEMPORAL DEL ESTABLECIMIENTO

EL PERIODO DE CIERRE ES POR UN PLAZO MÁXIMO 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 ESTAB. DE SALUD

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE-RUC N°:

N° REGISTRO DE EF:

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZÓN SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

Correo Electrónico:

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

5a. Calle / Jirón / Avenida:

N°:

INT.

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

MZ

LOT

5c. DISTRITO:

6d. PROV.:

6e. DPTO.:

5f. Correo Electrónico:

5g. Teléfono:

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

SI NO

Psicotrópicos

SI NO

Estupefaciente

SI NO

Psicotrópicos Lista IVB

SI NO ART. 23° DEL D.S. 004-2021-SA TRANSCURRIDOS LOS 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 DISPONDRÁ EL CIERRE DEFINITIVO 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

DIRECCION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS – DIRIS LIMA ESTE

Telf. (01) 743-9889

Anexo 3230 - 3231

Av. César Vallejo S/N Cuadra 13 - El Agustino