



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