



N° 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:	<input type="text"/>	
3. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>	
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	<input type="text"/>	5 N°. REGISTRO DE EF <input type="text"/>
6 CORREO ELECTRONICO DEL EE. FF	<input type="text"/>	7 TF/ CEL.: <input type="text"/>
8 REPRESENTANTE LEGAL		
APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRES <input type="text"/>
9 DNI. N°:	<input type="text"/>	10 Email <input type="text"/>
11 TF/ CEL.:	<input type="text"/>	
12 DOMICILIO FISCAL:	<input type="text"/>	
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)	<input type="text"/>	
15 NÚMERO:	16 INTERIOR:	17 MANZANA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18 LOTE:	<input type="text"/>	
19 URB./AA.HH:	<input type="text"/>	
20 DISTRITO:	21 PROVINCIA:	<input type="text"/>
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)	<input type="text"/>	
24 NÚMERO:	25 INTERIOR:	26 MANZANA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27 LOTE:	<input type="text"/>	
28 URB./AA.HH:	<input type="text"/>	
29 DISTRITO:	30 PROVINCIA:	<input type="text"/>
17 COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETOS A PRESENTACIÓN DE BALANCE:	SI <input type="checkbox"/>	PSICOTROPICO <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	ESTUPEFACIENTE <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 (Letras) () DÍAS MESES
(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.23° del D.SN.° 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"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<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"/>	MIÉRCOLES	_____	_____	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____				

REQUISITOS PARA CIERRE DEFINITIVO

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2 Declaración jurada de no existencia de productos farmacéuticos, dispositivos medicos y productos sanitaios.

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 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.

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, según lo previsto en el artículo 56° 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 pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración. Conforme regula el Art. 411° del Código Penal.

Sello y firma del
Director Técnico
N° C.Q.F.P:

Sello y firma del
Q.F. Asistente
N° 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.