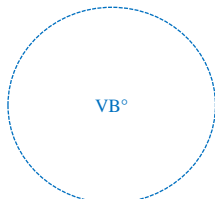


# FORMATO C-1

## DECLARACIÓN JURADA

SOLICITO AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

CIERRE TEMPORAL ( )  
 CIERRE DEFINITIVO ( )



MONTO A PAGAR **S/. 83.60**

N° RECIBO

N° DE FOLIOS



### I. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

1. CLASIFICACIÓN: SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 4° DEL DS 014-2011-SA (MARCAR CON UNA X)

A.- OFICINA FARMACÉUTICA: A.1.- FARMACIA\* ( ) A.2.- BOTICA\* ( ) \* ESPECIALIZADA<sup>(2)</sup> ( )  
 B.- BOTIQUINES: ( ) C.- FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <sup>(1)</sup> ( )

2. NOMBRE COMERCIAL: ..... (NO INCLUIR CLASIFICACIÓN)

Los establecimientos farmacéuticos no pueden utilizar como nombre comercial o razón social una clasificación que no les corresponde.

3. N° DE REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC): ..... SE VERIFICÓ

4. NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZÓN SOCIAL: ..... (Si es Jurídica)

5. DIRECCIÓN: .....

5. A DISTRITO: ..... 5. B. PROVINCIA: .....

6. TELÉFONO: ..... 7. CELULAR: .....

8. E-mail: ..... (SOLICITO QUE LAS NOTIFICACIONES DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS SE REALICEN AL CORREO ELECTRÓNICO CONSIGNADO)

### II. DEL PROPIETARIO o REPRESENTANTE LEGAL:

9. NOMBRES Y APELLIDOS: .....

10. N° DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI): .....

### III. DEL CIERRE DEL ESTABLECIMIENTO

De acuerdo al Art. 23° del D.S. N° 014-2011-SA. En el caso de cierre temporal o definitivo a solicitud, estos deben ser previamente autorizados... El cierre temporal a solicitud de un establecimiento farmacéutico tendrá un plazo máximo de doce (12) meses, contados a partir de notificada la autorización de cierre temporal. Este plazo máximo incluye las posibles ampliaciones de plazo de cierre solicitadas por los interesados. Transcurridos los doce (12) meses del cierre temporal de un establecimiento farmacéutico sin que su propietario hubiere solicitado el reinicio de sus actividades a la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), el Órgano Desconcentrado de la Autoridad Regional de Salud (ARS), a través de la Autoridad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), dispondrá el cierre del establecimiento.

11. FECHA: DE INICIO DEL CIERRE: ..... DE FIN DEL CIERRE: ..... (EN CASO DE CIERRE TEMPORAL)

12. ¿CUENTA CON PRODUCTOS SUJETOS A BALANCE (DROGAS)? SI ( ) NO ( )

12.a. EN CASO DE MARCAR "SI" ADJUNTAR AL PRESENTE FORMATO EN UNA CAJA O SOBRE CERRADO LOS PRODUCTOS A ENTREGAR A LA ARM AYACUCHO.

13. ¿PRESENTA LISTADO DE PRODUCTOS SUJETOS A BALANCE? SI ( ) NO ( )

14. ¿PRESENTA RELACIÓN DE LOS PRODUCTOS O DISPOSITIVOS EXISTENTES? SI ( ) NO ( )  
 DEBE DE INDICAR NOMBRE, CANTIDAD, FORMA FARMACÉUTICA O COSMÉTICA, LOTE O SERIE, SEGÚN CORRESPONDA, Y FECHA DE VENCIMIENTO, LA MISMA QUE SERÁ VERIFICADA EN LA INSPECCIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDADES

15. ¿PRESENTA DECLARACIÓN JURADA DE NO EXISTENCIA DE PRODUCTOS<sup>(1)</sup>? SI ( ) NO ( )

<sup>(1)</sup> PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (SEGÚN CORRESPONDA)

SELLO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL o PROPIETARIO (a)

N° DNI: .....

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO CON RUC, DIRECCIÓN Y DISTRITO