



SEÑOR GERENTE REGIONAL DE SALUD

SOLICITUD – DECLARACION JURADA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUDDIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y
DROGAS

AUTORIZACIONES SANITARIAS

SOLICITO:	(marcar con una X)
CIERRE DEFINITIVO	
CIERRE TEMPORAL	
CIERRE TEMPORAL POR 7 DIAS	

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**1. CLASE:** (marcar con una X)

OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BOTIQUIN	
DROGUERIA	
ALMACEN ESPECIALIZADO	

2. NOMBRE COMERCIAL: _____ (No incluir "CLASE")

2.1 N° REGISTRO SI-DIGEMID: _____ 2.2 N° RESOLUCION AS.F. _____

3. RAZON SOCIAL: _____

4. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE – RUC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. CIERRE TEMPORAL: DEL _____ AL _____

6. FECHA DEL CIERRE DEFINITIVO: _____

7. MANEJA: PSICOTROPICOS ESTUPEFACIENTES

8. DIRECCION: _____

8.1. DISTRITO: _____ 8.2. PROVINCIA: _____

9. TELEFONO FIJO/CELULAR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9.3 CORREO ELECTRONICO: _____ @ _____

B.- DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

10.- NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

10.1 DOMICILIO NOTIFICACION: _____

Lo cual declaramos bajo juramento en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y con buena fe, basado en el principio de presunción de veracidad consignado en el Art. IV, Inciso 1.7 del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General; expresando asimismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración, conforme lo regula el Art. 411° en el Capítulo III Delitos Contra la Administración de Justicia del Código Penal vigente.

PROPIETARIO O REP.LEGAL

.....
(NOMBRE COMPLETO)

.....
(DNI)

Toda variación o cambio que se desee realizar en el establecimiento farmacéutico, se deberá solicitar la autorización sanitaria correspondiente a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Arequipa

REQUISITOS**PROCEDIMIENTO TUPA GRA CIERRE TEMPORAL**

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato C)
2. Relación de P.F. y D.M. indicando nombre, cantidad, forma farmacéutica, lote o serie, fecha de vencimiento (cuando sea por más de tres meses)
3. Devolución de Libro de ocurrencias - Libro de Psicotrópicos - Libro de Estupefacientes - Libro Copiador de recetas
4. Pago de derechos

PROCEDIMIENTO TUPA GRA CIERRE DEFINITIVO

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el propietario ó representante legal dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato C)
2. Declaración jurada de no existencia de P.F. , D.M. y P.S. y documento que acredite la entrega de estupefacientes, psicotrópicos y/o precursores con quince días de anticipación al cierre
3. Pago de derechos