



## FORMATO J SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA

**N° DE EXPEDIENTE:**

**FECHA:**

**FORMATO DE COMUNICACIÓN**

a) **CIERRE TEMPORAL**

PERIODO DE CIERRE POR UN PLAZO MAXIMO DE 12 MESES:

7 Días       Dos meses       Doce meses

Un mes       Otro:  .....

b) **CIERRE DEFINITIVO**

DURANTE EL CIERRE TEMPORAL EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DE COMERCIALIZACIÓN, DISPENSACIÓN, EXPENDIO, FABRICACIÓN Y/O DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS O PRODUCTOS SANITARIOS

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DEMID-DIRESA JUNIN)**

1. CLASE:      BOTICA       BOTIQUIN       FARMACIA       FARMACIA ESPECIALIZADA   
                  FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD       DROGUERIA       ALMACEN ESPECIALIZADO

2. NOMBRE COMERCIAL:   
(Según RUC)

3. RAZÓN SOCIAL:

4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

5. DISTRITO:       6. PROVINCIA:

7. CALLE: (Av, Jr, Carr)

8. URB./AA.HH:

9. NÚMERO       10. INTERIOR       11. MANZANA       12. LOTE

13. DOMICILIO FISCAL

14. CORREO ELECTRONICO DEL EEFF       15. TELEFONO

**INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL  
 APELLIDOS       NOMBRES

17. DNI       CELULAR

18. CORREO ELECTRONICO

ART. 23° DEL D.S. 004-2021: TRANSCURRIDOS LOS DOCE (12) MESES DEL CIERRE TEMPORAL DE UN ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO, SIN QUE SU PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL HUBIERE COMUNICADO EL REINICIO DE ACTIVIDADES A LA AUTORIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE NIVEL REGIONAL, LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE DISPONDRA EL CIERRE DEL ESTABLECIMIENTO.

**EN EL CASO DE CIERRE DEFINITIVO:  
DECLARO QUE NO CUENTO CON EXISTENCIA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS O PRODUCTOS SANITARIOS**

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 FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL  
 SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**