



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS,
INSUMOS Y DROGAS
AUTORIZACIONES SANITARIAS Y
REGISTRO DE DIRECTORES TÉCNICOS

EXP. N°.....

(Uso Interno)

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

FORMATO "C"
SOLICITUD – DECLARACIÓN JURADA

SOLICITA LO SIGUIENTE: (marcar con una **X**)

CIERRE DEFINITIVO	
CIERRE TEMPORAL	

1.- CLASE: (marcar con una **X**)

BOTIQUIN	
BOTICA	
FARMACIA	
SERVICIO DE FARMACIA	
DROGUERÍA	

2. - NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: según RUC

3. NOMBRE COMERCIAL:.....
(Según RUC)

4. CIERRE TEMPORAL: DEL...../...../..... AL:/...../..... (Máximo 120 días calendario)

6. FECHA DEL CIERRE DEFINITIVO:...../...../.....

7. DIRECCION:.....(Según RUC)

8. DISTRITO: 9. PROVINCIA.....

10. TELEFONO FIJO:

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

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

11.- NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROPIETARIO O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: según RUC

14. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
(Solo Personal Jurídica, según R.U.C.)

15. N° ULTIMA RESOLUCION AUTORIZACION FUNCIONAMIENTO:

16. N° DE REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTE (RUC):

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

17. DOMICILIO FISCAL:(Según R.U.C.)

18. DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN.....
(AUTORIZO A QUE LA NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCION CORRESPONDIENTE SEA A ESTE DOMICILIO)

19. CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO@.....

Lo cual declaramos 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, Ley de Procedimiento Administrativo General; expresando asimismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración, conforme regula el Art. 411° del Código Penal.

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

N° DNI:

REQUISITOS PROCEDIMIENTO TUPA GRA N° 292 CIERRE TEMPORAL Y 293 CIERRE DEFINITIVO

1. Solicitud firmada por el propietario ó representante legal, dirigida al Gerente Regional de Salud
2. Declaración Jurada de (Formato C) firmado por el propietario o representante legal
3. Copia simple del RUC indicando el estado del contribuyente (baja o modificación)
4. Devolución de los libros ocurrencias en caso de cierre definitivo