

COMUNICACIÓN DE NO COMERCIALIZACIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS EN EL OBSERVATORIO PERUANO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

FORMATO para DROGUERIA/LABORATORIO

Yo, _____ de nacionalidad _____; identificado con documento de identidad N° _____; representante legal de la DROGUERIA/LABORATORIO _____; con RUC _____; con código de establecimiento¹ N° _____; sito en _____, del distrito de _____; de la provincia de _____ del departamento de _____.

Comunico que:

Marca con "X"	Opciones	Información complementaria
<input type="checkbox"/>	No he realizado comercialización de especialidades farmacéuticas, ni de productos biológicos.	Tener en cuenta lo dispuesto en el numeral 6.4.1.1 de la Directiva Administrativa N° 176-MINSA/DIGEMID V.01. Durante el mes correspondiente al reporte.
<input type="checkbox"/>	No voy a realizar la comercialización de especialidades farmacéuticas, ni de productos biológicos hasta el mes de del año 202.....* Para Laboratorio: N° RD Año	Se considera que el mes de envío de la información será el mes que se remite a la Autoridad la comunicación y el tope máximo a declarar es seis (06) meses , el cual incluye el mes de reporte, debiendo remitir de forma semestral la presente comunicación. Adjunto: Copia simple del folio del libro de ocurrencias, en el cual se señale dicha situación comercial, cuando corresponda (droguerías), por ejemplo en el caso de dedicarse solo a labores de almacenamiento. Para laboratorios en el caso de dedicarse solo a labores de reacondicionamiento, acondicionamiento o fraccionamiento, indicar el número de resolución directoral de autorización de funcionamiento.
<input type="checkbox"/>	He realizado la comercialización de especialidades farmacéuticas y/o de productos biológicos solo a instituciones públicas durante el mes de hasta el mes de del año 202.....*	Adjunto: - Copia simple del folio del libro de ocurrencias, en el cual se señale que solo realizo ventas a instituciones públicas. - La primera y la última copia de las Facturas de venta del mes. El tope máximo a declarar es seis (06) meses , debiendo remitir de forma semestral la presente comunicación.

* Al declarar la cantidad de meses, la autoridad toma conocimiento de forma continua por la cantidad de meses declarados.

- La comunicación se efectúa dentro del plazo establecido, que es hasta la tercera semana del mes que le corresponde reportar precios.
- Firmo la presente comunicación con conocimiento de las posibles acciones en las que me vería sujeto en caso de falsedad.

Afirmo y me ratifico en lo expresado en el presente documento en la ciudad de _____; a los _____ días del mes de _____ del año 2022.

Firma, nombres y apellidos
DNI

Nota:

- Sírvase verificar los datos del RUC y Código del Establecimiento, en caso se consigne información errónea, este formato de comunicación no será tomado en cuenta.
- El único medio válido para este tipo de comunicación es a través de la "Aplicación Web de la Ventanilla Virtual de DIGEMID" (<https://www.digemid.minsa.gob.pe/digemidVirtual/>).
- La comunicación corresponde **al mes de envío de la información (mes de reporte de precios) según la Directiva Administrativa N° 176-MINSA/DIGEMID V.01**

¹ El Número del Establecimiento Farmacéutico se encuentra en la Resolución de Autorización Sanitaria de Funcionamiento.