

**"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO "**

**SOLICITO: LEVANTAMIENTO DE CIERRE  
TEMPORALPOR MEDIDA DE SEGURIDAD  
SANITARIA**

**SR.**

**Dr. GUSTAVO LLANOVARCED DAMIAN  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNÍN**

**ATENCIÓN A: DICER-DEMID**

Yo, ..... Representante  
Legal y/o Propietario del Establecimiento Farmacéutico .....  
....., con RUC: ....., ubicado en  
....., distrito  
..... provincia ..... departamento de Junín,  
con correo electrónico (del Establecimiento) ..... y  
Número Telefónico .....; ante Ud., respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo subsanado las observaciones consignadas en el Acta de Inspección N°  
....., de fecha ....., donde se dispuso el Cierre Temporal  
de mi Establecimiento Farmacéutico por Medida de Seguridad Sanitaria y se ratificó con Resolución  
Administrativa N°.....-DRSJ-DEMID/DICER, de fecha .....; solicito,  
se me programe la inspección de Levantamiento de Cierre.

Por lo expuesto:

Pido a usted señor Director acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, ..... de ..... del 20.....

---

**FIRMA Y SELLO**  
**PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL**  
**DNI N° .....**