



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

# FORMATO DE ORIENTACIÓN

## COMUNICACIÓN DE ASUME DE NUEVA:

a) DIRECCIÓN TÉCNICA

b) QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE

FECHA:

## INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (según lo autorizado por la DIRIS)

CATEGORÍA: BOTICA  FARMACIA  FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD

1. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:  N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZÓN SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:  
APELLIDOS:  NOMBRES:

4a. Correo Electrónico:

### 5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado):

5a. Calle / Jirón / Avenida:  N°:  INT.:

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.:

5c. DISTRITO:  5d. PROV.:  5e. DPTO.:

5f. Teléfono:

5.g El establecimiento comercializa Psicotrópicos, Estupefacientes y sustancias Precursores: SI  NO

Psicotrópicos SI  NO  Estupefacientes SI  NO  Psicotrópicos Lista IVB SI  NO

## 6. INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QUE ASUMIRÁ EL CARGO:

6a. APELLIDOS:  NOMBRES:

COLEGIATURA: ..... N°  email  DNI:  TF:

### 6b. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De:.. A: ... )

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____

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

Firma y sello del Director Técnico/Químico Farmacéutico Asistente

Firma del propietario o representante legal y sello del establecimiento farmacéutico