S	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)		
1.	CATEGORÍA: BOTICA F. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	FARMACIA FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD  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:	<b>5d.</b> PROV.: <b>5e.</b> DPTO.:
	5f. Teléfono:	
	5.g El establecimiento comercializa Psicotrópicos, Estupefac	cientes y sustancias Precursores:
	Psicotrópicos SI NO Estupefacie	entes SI NO Psicotrópicos Lista IVB SI NO
6.	INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QU	JE 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: )
	LUNES	
	MARTES	
	MIÉRCOLES	<del></del>
	VIERNES	<del></del>
	SÁBADO	
	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