



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

FORMATO DE ORIENTACIÓN

COMUNICACIÓN DE:

REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

- a) BOTICA
- b) FARMACIA
- c) FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

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:

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. Telefono:

6. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email DNI: TF:

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 Tecnico

Firma del Propietario o Representante Legal y Sello del Establecimiento Farmacéutico

DIRECCION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS – DIRIS LIMA ESTE

Telf. 3631107 - 3631160 Anexo: 245

Av. César Vallejo S/N Cuadra 13 - El Agustino