



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR

FORMATO DE ORIENTACION

COMUNICACIÓN DE:

REINICIO DE ACTIVIDADES DE:

- a) FARMACIA
- b) BOTICA
- c) FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD
- d) BOTIQUIN

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por la Autoridad)

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: N°. REGISTRO DE EE.FF

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS: NOMBRES:

5. DIRECCIÓN (Según lo autorizado ante la DIRIS):

5a. Calle / Jirón / Avenida: N°: INT:

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

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

6. CORREO ELECTRONICO: 7. TELEFONO:

INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

8. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO 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 técnico

Firma y sello del Propietario o Representante Legal del Establecimiento Farmacéutico