



PERÚ

Ministerio de Salud

Comisión Nacional de Supervisión y Control de Medicamentos y Productos de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

### FORMATO DE ORIENTACIÓN

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

#### COMUNICACIÓN DE ASUME DE NUEVA:

- a) DIRECCIÓN TÉCNICA
- b) QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE

#### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CATEGORIA: BOTICA  FARMACIA  FARMACIA DEL ESTAB. DE SALUD

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:  N° REGISTRO 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:

5g. 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"/>	SABADO	_____	_____
<input type="checkbox"/>	DOMINGO	_____	_____

#### 7. REQUISITOS: Artículo 16, del D.S.N° 004-2021-SA. (modificatoria del D.S. N° 014-2011-SA)

En caso de nueva dirección técnica o químico farmacéutico asistente debe ser previamente comunicado al inicio de sus funciones por parte del establecimiento farmacéutico. La comunicación debe ser suscrita por el propietario o representante legal del establecimiento farmacéutico y por el profesional que asume la dirección técnica o químico farmacéutico asistente del mismo.

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 17, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSIDAD 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