

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CALLAO
 DIRECCIÓN DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA
 DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS

COMUNICACIÓN DE: ASUME DE NUEVA:	
a) DIRECCIÓN TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
b) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	<input type="checkbox"/>

Nº EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO (Según lo autorizado por DIRESA - CALLAO)

CATEGORÍA: DROGUERIA ALMACEN ESPECIALIZADO

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

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:
 APELLIDOS: NOMBRES:

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado):

5a. Calle / Jirón / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ:	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
5c. Distrito:	<input type="text"/>	5d. Prov.:	<input type="text"/>	5e. Dpto.:	<input type="text"/>
5f. Correo electrónico:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

6. INFORMACIÓN DEL DIRECTOR TÉCNICO QUE ASUMIRÁ EL CARGO:

6a. APELLIDOS: NOMBRES:

COLEGIATURA: Email: DNI: TLF:

6b. HORARIO DE LABOR:

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MIERCOLES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> VIERNES	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SÁBADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> DOMINGO	<input type="text"/>

7. REQUISITOS: Artículo 16, tercer párrafo del D.S.N° 016-2019-SA.

1. Declaración jurada del representante legal o propietario del establecimiento indicando la fecha desde que no cuenta con Director técnico, o Químico Farmacéutico asistente, indicando la fecha.

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.

Declaro tener habilitada mi cuenta de correo electrónico, señalada en la presente, dando por válido el acuse de recibo en el plazo de 2 días hábiles con ocasión del envío de la respectiva respuesta ¹.

 Firma y sello del Director Técnico /
 Químico Farmacéutico Asistente

 Firma del Propietario y/o Representante Legal
 y sello del establecimiento farmacéutico

1. Toda respuesta a los TRÁMITES NO TUPA denominados "COMUNICACIÓN" que no procedan, sólo serán enviadas vía correo electrónico institucional de la Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria de la DIRESA CALLAO