



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

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIRESA/GERESA)

CATEGORÍA: DROGUERIA <input type="checkbox"/> OFICINA FARMACEUTICA <input type="checkbox"/> ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>			
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 FARMACEUTICO (Según lo autorizado ante DIRESA/GERESA):			
5a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	
5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	
5c. DISTRITO:		5d. PROV.:	
5e. DPTO.:		5f. Correo Electronico:	
5g. Telefono:			

6. INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL 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"/> MIERCOLES	
<input type="checkbox"/> JUEVES	
<input type="checkbox"/> VIERNES	
<input type="checkbox"/> SÁBADO	
<input type="checkbox"/> DOMINGO	

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, jefatura de producción, jefatura de control de calidad, jefatura de aseguramiento de la calidad o Químico Farmacéutico asistente, indicando la fecha, **de ser el caso.**
2. Copia de la Constancia de Habilidad Profesional (CAP) del profesional que asume como director técnico o Químicos Farmacéuticos asistentes.

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 / Jefatura / Químico Farmacéutico Asistente

Firma del Propietario o Representante Legal / sello del establecimiento farmacéutico