



Gobierno Regional del Cusco



Gerencia Regional de Salud

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

# FORMATO DE ORIENTACIÓN I - OF

## COMUNICA ASUME NUEVA

- A) DIRECCIÓN TÉCNICA
- B) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

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

CATEGORIA: BOTICA  FARMACIA  FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD   
 BOTIQUIN

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°

2. NOMBRE COMERCIAL

3. RAZON SOCIAL

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS  NOMBRES

### DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado)

5. CALLE/ JIRON/ AVENIDA  N°  INT.

URB./AA.HH./PP.JJ.  MZ.  LOTE

DISTRITO  PROV  DPTO

TELEFONO

### 6. INFORMACION DEL QUIMICO FARMACEUTICO QUE ASUMIRÁ EL CARGO

6a. APELLIDOS  NOMBRES

COLEGIATURA.....N°  DNI  TELEF

### 6b. HORARIO DE LABOR (Consigñar el horario correctamente, sin correcciones ni enmendaduras)

DIAS		HORAS	
DE:	A:	DE:	A:
DE:	A:	DE:	A:

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCION DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO CON BUENA FÉ, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1,7 LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CODIGO PENAL

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR TÉCNICO O  
 QUIMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL  
 Y SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO