



FORMATO D

COMUNICACION DE ASUME DE NUEVA:

- a) DIRECCIÓN TÉCNICA
- b) JEFE DE PRODUCCIÓN
- c) JEFE DE CONTROL DE CALIDAD
- d) JEFE DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
- e) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: LABORATORIO DROGUERÍA 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 DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado ante DIGEMID):

5a. Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

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

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="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MARTES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	JUEVES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	VIERNES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	SÁBADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	DOMINGO	<input type="text"/>	<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, 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.**

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 y sello del establecimiento farmacéutico