



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE SALUD  
PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS  
Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

## FORMATO DC-1

Solicitud - Declaración Jurada

### COMUNICACIÓN DE ASUME/ NUEVA:

a) DIRECCIÓN TÉCNICA

b) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

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

CATEGORÍA: DROGUERÍA  ALMACEN ESPECIALIZADO

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

2. RAZON SOCIAL:

3. NOMBRE COMERCIAL:

#### 4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado por DIREMID):

Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:

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

DISTRITO:  PROV.:  DPTO.:

Correo Electronico:  Telefono:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

#### 5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:

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

DISTRITO:  PROV.:  DPTO.:

#### 6. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ...) Marcar con X los días Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	VIERNES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MARTES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	SÁBADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	MIÉRCOLES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	DOMINGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	JUEVES	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

#### PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

7. APELLIDOS:  NOMBRES:

DNI:  TELÉFONO:

#### CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

8.

LEGIBLE, OBLIGATORIO

Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General, inciso 20.4 . Deberá confirmar la recepción en un plazo máximo de 2 días hábiles desde el día siguiente de efectuada la notificación

**INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL QUE ASUMIRÁ EL CARGO:**

9. APELLIDOS:  NOMBRES:   
 C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**10. HORARIO DE LABOR**

Marcar con X los días    Especificar las Horas (De... A: ...)

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

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

11. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:    SI  ESTUPEFACIENTE   
 NO

12. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:    SI  PSICOTROPICO LISTA IVB   
 NO

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

- 1 Solicitacion de autorizacion con carácter de Declaración Jurada, según **FORMATO DC-1**
- 2 Copia del cargo de la renuncia de la Direccion Técnica anterior, presentada al propietario o representante legal del establecimiento o declaracion jurada del representante legal del establecimiento indicando que no cuenta con Director Técnico, indicando la fecha de ser el caso.

El Director Técnico o Asistente debe encontrarse en situación de **HÁBIL**, en la consulta de colegiados de la página web: Portal Institucional del Colegio Profesional. Adjuntar copia de DNI y Título profesional en caso de no encontrarse registrado en el Padrón Nacional de Directores Técnicos de DIGEMID

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.

Puno, ..... de ..... Del 20.....

\_\_\_\_\_  
 Firma del Director Técnico  
 o Quimico Farmacéutico Asistente

\_\_\_\_\_  
 Firma del Propietario o Representante Legal  
 y sello del establecimiento farmacéutico