

**FORMATO A-5**  
**COMUNICACIÓN DE ASUME DE NUEVA:**

- a) DIRECCIÓN TÉCNICA
- b) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

FECHA:

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DEMID)**

CATEGORÍA: BOTICA  FARMACIA  FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD   
 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:

4a. Correo Electronico:

**5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado ante DEMID):**

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

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

5c. DISTRITO:  5d. PROV.:  5e. DPTO.:

5f. Telefono:

5.g El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores: SI  NO   
 Psicotropicos SI  NO  Estupefacientes SI  NO  Psicotropicos Lista IVB SI  NO

**6. INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QUE ASUMIRÁ EL CARGO:**

6a. APELLIDOS:  NOMBRES:

COLEGIATURA: N°  email  DNI:  Telf:

**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: (PROCEDIMIENTO N° 111 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA - Artículo 16, segundo párrafo del D.S. N° 004-2021-SA.)**

El Químico Farmacéutico debe encontrarse habilitado para el ejercicio profesional en el colegio Químico Farmacéutico Departamental de Cajamar

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  
 / Químico Farmacéutico Asistente

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