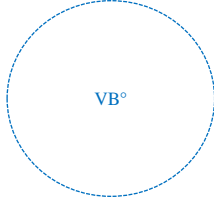


## DECLARACIÓN JURADA

**SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA ASUMIR  
COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE**



MONTO A PAGAR

**S/. 79.20**

N° RECIBO

N° DE FOLIOS

SELLO DE MESA DE PARTES



### I. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

1. **CLASIFICACIÓN:** SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 4° DEL DS 014-2011-SA (MARCAR CON UNA X)

- A.- OFICINA FARMACÉUTICA:    A.1.- FARMACIA\* ( )    A.2.- BOTICA\* ( )    \* ESPECIALIZADA<sup>(2)</sup> ( )  
 B.- BOTIQUINES: ( )    C.- FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <sup>(1)</sup> ( )  
 D.- DROGUERÍA: ( )    E.- ALMACÉN ESPECIALIZADO ( )

2. **NOMBRE COMERCIAL:** .....

(NO INCLUIR CLASIFICACIÓN)

Los establecimientos farmacéuticos no pueden utilizar como nombre comercial o razón social una clasificación que no les corresponde.

3. **N° DE REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC):** .....

SE VERIFICÓ

4. **NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZÓN SOCIAL:** .....

(Si es Jurídica)

5. **DIRECCIÓN:** .....

5. A **DISTRITO:** .....

5. B. **PROVINCIA:** .....

6. **TELÉFONO:** .....

7. **CELULAR:** .....

8. **E-mail:** .....

(SOLICITO QUE LAS NOTIFICACIONES DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS SE REALICEN AL CORREO ELECTRÓNICO CONSIGNADO)

### II. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

9. **NOMBRES Y APELLIDOS:** .....

10. **N° DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI):** .....

SE VERIFICÓ

11. **TELÉFONO:** .....

12. **CELULAR:** .....

13. **E-mail:** .....

### III. QUÍMICO FARMACÉUTICO (A) ASISTENTE DE DIRECTOR TÉCNICO:

De acuerdo al Art. 41° del D.S. N° 014-2011-SA. "Las farmacias o boticas funcionan bajo la responsabilidad de un profesional químico farmacéutico, quien ejerce las funciones de director técnico, además puede contar con QUÍMICOS FARMACÉUTICOS ASISTENTES. El director técnico debe permanecer en el establecimiento durante las horas de funcionamiento del mismo....."

14. **NOMBRES Y APELLIDOS:** .....

12. **C.Q.F.P. :** .....

13. **CELULAR:** .....

14. **CERTIFICADO DE HABILIDAD N°:** .....

14.A. **FECHA DE EMISIÓN:** .....

SE VERIFICÓ

15. **HORARIO DE LABOR:**

DÍAS		HORAS	
DE	A	DE	A

LO CUAL DECLARAMOS EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSIGNADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASIMISMO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME LO REGULA EL ART. 411° EN EL CAPÍTULO III DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE.

SELLO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL  
o PROPIETARIO (a)

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO  
CON RUC, DIRECCIÓN Y DISTRITO

SELLO Y FIRMA DEL Q.F. ASISTENTE

N° DNI: .....