



FORMATO DE ORIENTACIÓN

COMUNICACIÓN DE LOS CAMBIOS O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DECLARADA (Declaración jurada)

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

- a) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL
- b) CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL
- c) MODIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO
- d) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
- e) CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DT. O Q.F. ASISTENTE
- f) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL E.F.

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (según lo autorizado por la DIRIS)

CATEGORIA: BOTICA FARMACIA FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°: 2. N° REGISTRO DEL ESTABLECIMIENTO:

3. NOMBRE COMERCIAL:

4. RAZÓN SOCIAL:

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (según lo autorizado)

5a Calle/ Jirón /Avenida: N° Int.

5b URB./AA.HH/PPJJ.: Mz. Lote:

5c Distrito: Provincia: Dpto.

6. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

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

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

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

7. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:
APELLIDOS: NOMBRES:

8. CORREO ELECTRÓNICO DEL EF 9. TELÉFONO

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

10. DIRECTOR TÉCNICO

APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: DNI TF:

11. HORARIO DE LABOR

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

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

12. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE:

SI PSICOTRÓPICO LISTA IVB

NO

13. DATOS ANTERIORES (SOLO LLENE EL DATO ANTERIOR QUE SE ENCONTRABA REGISTRADO)

REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR:

NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR

DIRECCIÓN ANTERIOR DISTRITO

HORARIO ANTERIOR DEL DIRECTOR TÉCNICO O QUÍMICO FARMACEÚTICO ASISTENTE

HORARIO ANTERIOR DEL EST.FAR.

14. REQUISITOS Art. 22° del D.S. N° 016-2019-SA

- Solicitud con carácter de Declaración Jurada.
- Copia del documento que sustente el cambio, cuando corresponda.

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.

Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante Legal