



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO A C-3 Solicitud - Declaración Jurada	
LA COMUNICACIÓN DE CAMBIOS, MODIFICACIONES O AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN DECLARADA	
a) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL	<input type="checkbox"/>
b) CAMBIO DE RAZON SOCIAL	<input type="checkbox"/>
c) MODIFICACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>
d) AMPLIACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>
e) CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TECNICO O ASISTENTE	<input type="checkbox"/>
f) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS:
<https://forms.gle/FWuhu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	
1. CLASE:	FARMACIA <input type="checkbox"/> BOTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA DE EESS <input type="checkbox"/> BOTIQUIN <input type="checkbox"/>
2. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/> RUC N° <input type="text"/>
3. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>
(Según RUC)	
4. DIRECCIÓN: (Av,Jr, Carr)	<input type="text"/>
	NÚMERO <input type="text"/> INTERIOR <input type="text"/> MANZANA <input type="text"/> LOTE <input type="text"/>
URB./AA.HH:	<input type="text"/>
5. DISTRITO:	<input type="text"/> 1.5. PROVINCIA: <input type="text"/>
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	
6. APELLIDOS	<input type="text"/> NOMBRES <input type="text"/>
DNI	<input type="text"/> TELEFONO <input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS	
7.	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO	
AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS	
<input type="checkbox"/>	
CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL Consignar <u>nuevo nombre comercial</u> , según clasificación art. 4 de D.S. 014-2011 SA, si corresponde	
8.	<input type="text"/>
CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL, Consignar <u>nueva razón social</u> , si corresponde	
9.	<input type="text"/>
CAMBIO E HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: Consignar <u>nuevo horario</u> del funcionamiento, si corresponde	
10. 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"/> MIERCOLES	<input type="checkbox"/> DOMINGO
<input type="checkbox"/> JUEVES	

DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

11. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email

LEGIBLE, OBLIGATORIO

DNI TELEFONO

12. CAMBIO DE HORARIO DE LABOR: Consignar si corresponde, nuevo horario de labor, debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento)

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 _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

13. APELLIDOS: NOMBRES:

C.Q.F.P. N°: email

LEGIBLE, OBLIGATORIO

DNI TELEFONO

14. CAMBIO DE HORARIO DE LABOR: Consignar si corresponde, nuevo horario de labor, debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento)

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 _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EN EL CASO DE CAMBIO, MODIFICACION O AMPLIACION DE REPRESENTANTES LEGAL ESPECIFICAR:

15. REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) ANTERIOR(ES) O QUE CESA(N):

APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

16. REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE PERMANENCEN EN EL CARGO O AMPLIA(N)

APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- 1 Solicitud Declaración Jurada, según **FORMATO AC - 3**
- 2 Copia del documento que sustente el cambio, cuando corresponda.

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.

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.

TODA VARIACIÓN O CAMBIO QUE SE DESEE REALIZAR DURANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DEBERÁ SER SOLICITADO DE ACUERDO A LA NORMA LEGAL VIGENTE A LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS.

Puno, de Del 20.....

Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante Legal