



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE  
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS Y  
DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

## FORMATO DC-3

Solicitud - Declaración Jurada

### COMUNICACIÓN DE CAMBIO, MODIFICACIÓN, AMPLIACION DE INFORMACIÓN DECLARADA:

- a) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL
- b) CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL
- c) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO
- d) CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TECNICO, JEFATURAS O Q.F. ASISTENTE
- e) CAMBIO DE DIRECCIÓN DE LA OF. ADMINISTRAT.
- f) CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL
- g) AMPLIACION DE REPRESENTANTE LEGAL
- h) OTROS:

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS: <https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)			
CATEGORÍA: DROGUERÍA <input type="checkbox"/>		ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	
1. RAZON SOCIAL: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: <input style="width: 150px;" type="text"/>		N°. REGISTRO DE EF <input style="width: 100px;" type="text"/>	
3. NOMBRE COMERCIAL: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado por DIREMID; <u>en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección</u> ):			
Calle / Jiron / Avenida: <input style="width: 400px;" type="text"/>		N°: <input style="width: 50px;" type="text"/>	INT.: <input style="width: 50px;" type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.: <input style="width: 400px;" type="text"/>		MZ. <input style="width: 50px;" type="text"/>	LOTE.: <input style="width: 50px;" type="text"/>
DISTRITO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	PROV.: <input style="width: 100px;" type="text"/>	DPTO.: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Correo Electronico: <input style="width: 300px;" type="text"/>		Telefono: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
LEGIBLE, OBLIGATORIO			
5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN O PLANTA (Según lo autorizado por DIREMID):			
Calle / Jiron / Avenida: <input style="width: 400px;" type="text"/>		N°: <input style="width: 50px;" type="text"/>	INT.: <input style="width: 50px;" type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.: <input style="width: 400px;" type="text"/>		MZ. <input style="width: 50px;" type="text"/>	LOTE.: <input style="width: 50px;" type="text"/>
DISTRITO: <input style="width: 100px;" type="text"/>	PROV.: <input style="width: 100px;" type="text"/>	DPTO.: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (En caso de Almacen): NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):			
REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: <input style="width: 300px;" type="text"/>			
NOMBRE COMERCIAL: <input style="width: 400px;" type="text"/>			
RAZÓN SOCIAL: <input style="width: 400px;" type="text"/>			
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:			
6. APELLIDOS: <input style="width: 200px;" type="text"/>		NOMBRES: <input style="width: 200px;" type="text"/>	
DNI: <input style="width: 100px;" type="text"/>		TELÉFONO <input style="width: 100px;" type="text"/>	

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

7.

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

**DIRECTOR TÉCNICO:**

8. APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**DEL CAMBIO SOLICITADO:**

**CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL** Consignar nuevo nombre comercial, según clasificación art. 4 de D.S. 014-2011, si corresponde

9.

**CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL**, Consignar nueva razón social, si corresponde

10.

**CAMBIO E HORARIO DE FUNCIONAMIENTO:** Consignar nuevo horario del funcionamiento, si corresponde

11. 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	_____	_____			

**CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO:** Consignar nuevo horario de labor, si corresponde

12. APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO:** Consignar nuevo horario de labor del profesional, debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento)

13. 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	_____	_____			

**CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE, Si corresponde**

14. APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

**CAMBIO DE HORARIO DE LABOR:** Consignar nuevo horario de labor del profesional, debe ser congruente con el horario de funcionamiento del establecimiento)

15. 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	_____	_____			

**CAMBIO, MODIFICACION O AMPLIACION DE REPRESENTANTES LEGAL ESPECIFICAR:**

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

	<b>APELLIDOS:</b>	<b>NOMBRES:</b>	<b>D.N.I. N°</b>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

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

	<b>APELLIDOS:</b>	<b>NOMBRES:</b>	<b>D.N.I. N°</b>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

- 1 Solicitud Declaración Jurada, según **FORMATO DC-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.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Director Técnico

\_\_\_\_\_  
Firma del Propietario o Representante Legal  
y Sello del Establecimiento Farmacéutico