



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"/>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE: FARMACIA BOTICA FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2. RAZON SOCIAL: 3 RUC N°

4. NOMBRE COMERCIAL:
(Según RUC)

5. DIRECCIÓN:
(Av, Jr, Carr)

6. NÚMERO 7. INTERIOR 8. MANZANA 9. LOTE

URB./AA.HH:

10. DISTRITO: 11. PROVINCIA:

12. DOMICILIO FISCAL

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

13 PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

DNI TELEFONO

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

14.
LEGIBLE, OBLIGATORIO

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

15.

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

16.

CAMBIO DE DIRECCION, Consignar nueva razón social, si corresponde

17.

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

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

DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.

19. APELLIDOS: NOMBRES:
C.Q.F.P. N°: email
DNI TELEFONO LEGIBLE, OBLIGATORIO

20. 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: ...)	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 _____		

QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

21. APELLIDOS: NOMBRES:
C.Q.F.P. N°: email
DNI TELEFONO LEGIBLE, OBLIGATORIO

22. 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: ...)	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 _____		

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

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

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

24. 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