



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:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA ALMACEN ESPECIALIZADO

3. RAZON SOCIAL:

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: N°. REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL:

4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado por DIREMID; en caso de cambio de dirección, consignar la nueva dirección):

Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

URB./AA.HH./PP.JJ.: MZ. LOTE.:

DISTRITO: PROV.: DPTO.:

Correo Electronico: Telefono:

LEGIBLE, OBLIGATORIO

5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN O PLANTA (Según lo autorizado por DIREMID):

Calle / Jiron / Avenida: N°: INT.:

URB./AA.HH./PP.JJ.: MZ. LOTE.:

DISTRITO: PROV.: DPTO.:

CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (En caso de Almacen): NO SI

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

NOMBRE COMERCIAL:

RAZÓN SOCIAL:

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

6. APELLIDOS: NOMBRES:

DNI: TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS7. **LEGIBLE, OBLIGATORIO**

Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General, inciso 20.4 . Deberá confirmar la recepción en un plazo máximo de 2 días hábiles desde el día siguiente de efectuada la notificación

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 corresponde9. **CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL**, Consignar nueva razón social, si corresponde10. **CAMBIO E HORARIO DE FUNCIONAMIENTO:** Consignar nuevo horario del funcionamiento, si corresponde

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

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De:.. A: ...)	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 corresponde12. 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: ...)

Marcar con X los días	Especificar las Horas (De:.. A: ...)	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 corresponde14. 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: ...)

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

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

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

	APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
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