

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

### Comunicaciones de Cambios de la información declarada

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| a) NOMBRE COMERCIAL  | <input type="checkbox"/> |
| b) RAZÓN SOCIAL  | <input type="checkbox"/> |
| c) HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO        | <input type="checkbox"/> |
| d) HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TECNICO, JEFATURAS O Q.F. ASISTENTE | <input type="checkbox"/> |
| e) DIRECCIÓN DE OFC. ADMINISTRATIVA                                  | <input type="checkbox"/> |
| f) REPRESENTANTES LEGALES  | <input type="checkbox"/> |

### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA  OFICINA FARMACEUTICA  ALMACEN ESPECIALIZADO

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

2. NOMBRE COMERCIAL:

(En caso de cambio, consignar el nuevo Nombre Comercial)

3. RAZON SOCIAL:

(En caso de cambio, consignar la nueva denominación de Razón Social)

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:  NOMBRES:

(Consignar el propietario o representante de legal quién comunica el trámite)

5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO; (Consignar lo autorizado, en caso de cambio de dirección de Of. Administrativa, consignar la nueva dirección que figura en el RUC):

5a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.:  LOTE.:

5c. DISTRITO:  5d. PROV.:  5e. DPTO.:

5f. Correo Electronico:  5g. Telefono:

6. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO: Consignar solo en caso de cambio de horario de funcionamiento (debe ser congruente con el horario de labor del Director técnico)

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	_____	_____

8. DIRECTOR TÉCNICO : (Según lo autorizado por DIREMID)

8a. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF:

8b. JEFATURAS (EN CASO DE LABORATORIOS) (Según lo autorizado por DIREMID)

JEFATURA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:

APELLIDOS:  NOMBRES:

C.Q.F.P. N°:  email  DNI:  TF:

JEFATURA DE PRODUCCIÓN:



APELLIDOS:		NOMBRES:	
C.Q.F.P. N°:	email	DNI:	TF:

**JEFATURA DE CONTROL DE CALIDAD:**

APELLIDOS:		NOMBRES:	
C.Q.F.P. N°:	email	DNI:	TF:

**8c QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE (EN CASO DE DROGUERIAS CUANDO CORRESPONDA, Según lo autorizado ante DIREMID)**

APELLIDOS:		NOMBRES:	
C.Q.F.P. N°:	email	DNI:	TF:

**9. HORARIO DE LABOR Director Técnico y/o Jefaturas, o Q.F. Asistente : Consignar solo en caso de cambio de 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	_____

**10. EN EL CASO DE CAMBIO, DE REPRESENTANTES LEGAL, ESPECIFICAR:**

**10.1 REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE CESA(N):**

APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
11.1.1 _____	_____	_____
11.1.2 _____	_____	_____
11.1.3 _____	_____	_____
11.1.4 _____	_____	_____
11.1.5 _____	_____	_____

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

APELLIDOS:	NOMBRES:	D.N.I. N°
11.2.1 _____	_____	_____
11.2.2 _____	_____	_____
11.2.3 _____	_____	_____
11.2.4 _____	_____	_____
11.1.5 _____	_____	_____

**11. Adjuntar**  
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.

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