

FORMATO A-3	
COMUNICACIÓN DE CAMBIOS DE LA INFORMACIÓN DECLARADA	
a) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL	<input type="checkbox"/>
b) CAMBIO DE LA RAZÓN SOCIAL	<input type="checkbox"/>
c) MODIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>
d) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	<input type="checkbox"/>
e) CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO O ASISTENTE DE DIRECCIÓN TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
f) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO	<input type="checkbox"/>
g) MODIFICACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN INTERNA RELACIONADO AL NUMERAL 7.4.9 DE LA RM N°554-2022/MINSA	<input type="checkbox"/>

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. CLASE:	FARMACIA <input type="checkbox"/>	BOTICA <input type="checkbox"/>	
	FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="checkbox"/>	OFIC. FARMAC. ESPECIALIZADA <input type="checkbox"/>	
2. NOMBRE COMERCIAL:			
	(Según RUC)		
3. RAZON SOCIAL:			
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:			
5. DISTRITO:		6. PROVINCIA:	
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)			
7a URB./AA.HH:			
8. NÚMERO		9. INTERIOR	
		10. MANZANA	
		11. LOTE	
12. DOMICILIO FISCAL			
13. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO			
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	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	_____ _____ _____
14. CORREO ELECTRONICO DEL EE.FF			15. TELEFONO

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	
APELLIDOS:	
NOMBRES:	
17. CORREO ELECTRONICO	
18. TELEFONO	

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

De acuerdo al Art.41 del D.S. N° 014-2011 "El Director Técnico debe permanecer en el establecimiento durante las horas de funcionamiento del mismo..." "Solo debe existir un Director Técnico por establecimiento farmacéutico el mismo que deberá cumplir con los requisitos del Artículo 12° del presente Reglamento"; por lo que deberá llenar los datos declarados del Químico Farmacéutico Director Técnico y Químicos Farmacéuticos asistentes que permanecerán en el establecimiento farmacéutico durante el horario de atención al público. Asimismo, deberá indicar si en el establecimiento farmacéutico se manejaran Drogas.

19. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE.			
APELLIDOS:		NOMBRES:	
C.Q.F.P. N°:		EMAIL	
		DNI	
		TF:	

20. HORARIO DE LABOR

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

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	_____	

21. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO

ESTUPEFACIENTE

NO

22. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI PSICOTROPICO LISTA IVB

NO

23. DATOS ANTERIORES (SOLO LLENE EL DATO ANTERIOR QUE SE ENCONTRABA REGISTRADOS)

REPRESENTANTE LEGAL ANTERIOR: _____

NOMBRE COMERCIAL ANTERIOR _____

CLASE ANTERIOR _____

DIRECCION ANTERIOR _____ DISTRITO _____

HORARIO ANTERIOR DEL DIRECTOR TÉCNICO _____

OTROS _____

24. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: _____ TELEFONO: _____

EMAIL _____

25. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° 99 DEL TUPA / GORE CAJAMARCA) - Artículo 22, cuarto párrafo del DS N° 004-2021-SA

- Solicitud según formato.
- Copia del documento que sustente el cambio, modificación o ampliación de la información, cuando corresponda.

Nota: En el caso de cambio de horario de atención del establecimiento, el interesado deberá comunicarlo según lo establecido en los Artículos 16°, 32° y 41° del Reglamento de Establecimiento Farmacéutico, aprobado por el Decreto Supremo N° 014-2011-SA y sus modificatorias.

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 FALSEDADE DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

 Sello y Firma del Director Técnico / Químico Farmacéutico Asistente

 Sello y Firma del Propietario o Representante Legal

 Sello del Establecimiento Farmacéutico

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.