



Comunicaciones de Cambios de la información declarada

Nº DE EXPEDIENTE:

FECHA:

- a) NOMBRE COMERCIAL
- b) RAZÓN SOCIAL
- c) HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO
- d) HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TECNICO, JEFATURAS O Q.F. ASISTENTE
- e) DIRECCIÓN DE OFC. ADMINISTRATIVA
- f) REPRESENTANTES LEGALES

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIGEMID)

CATEGORÍA: DROGUERÍA  LABORATORIO  ALMACEN ESPECIALIZADO

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC Nº: [ ] Nº. 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 DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA; (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: [ ] Nº: [ ] 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 DIGEMID)

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

APELLIDOS: [ ] NOMBRES: [ ]  
C.Q.F.P. Nº: [ ] email [ ] DNI: [ ] TF: [ ]

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

JEFATURA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:

APELLIDOS: [ ] NOMBRES: [ ]  
C.Q.F.P. Nº: [ ] 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 QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (EN CASO DE DROGUERIAS CUANDO CORRESPONDA, Según lo autorizado ante DIGEMID)

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 _____	_____	_____
11.2.5 _____	_____	_____

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