

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CALLAO
DIRECCION EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS INSUMOS Y DROGAS
DIRECCIÓN DE FISCALIZACION, CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

Comunicaciones de Cambios de La Información Declarada	
a) NOMBRE COMERCIAL	<input type="checkbox"/>
b) RAZÓN SOCIAL	<input type="checkbox"/>
c) CAMBIO O AMPLIACIÓN REPRESENTANTES LEGALES	<input type="checkbox"/>
d) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL EE.FF; Y DEL DIRECTOR TECNICO O QUIMICO FARMACEUTICOS ASISTENTES	<input type="checkbox"/>
f) OTROS:	<input type="checkbox"/>

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO																
1. CLASE:	BOTICA <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <input type="checkbox"/>															
2. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>															
3. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>															
4. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:	<input type="text"/>															
5. DISTRITO:	<input type="text"/>															
6. PROVINCIA:	<input type="text"/>															
7. CALLE: (Av, Jr, Carr)	<input type="text"/>															
7a URB./AA.HH:	<input type="text"/>															
8. NÚMERO	<input type="text"/>															
9. INTERIOR	<input type="text"/>															
10. MANZANA	<input type="text"/>															
11. LOTE	<input type="text"/>															
12. DOMICILIO FISCAL	<input type="text"/>															
13. HORARIO DE ATENCION AL PÚBLICO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marcar con X los días</th> <th>Especificar las Horas (De... A: ...)</th> <th>Especificar las Horas (De... A: ...)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> LUNES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> VIERNES <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MARTES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MIÉRCOLES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> JUEVES</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)	<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>	
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)														
<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES <input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>															
14. CORREO ELECTRONICO DEL EEF	<input type="text"/>															
15. TELEFONO	<input type="text"/>															
INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL																
16. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	<input type="text"/>															
APELLIDOS:	<input type="text"/>															
NOMBRES:	<input type="text"/>															
17. CORREO ELECTRONICO	<input type="text"/>															
18. TELEFONO	<input type="text"/>															
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.																
APELLIDOS:	<input type="text"/>															
NOMBRES:	<input type="text"/>															
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>															
email	<input type="text"/>															
DNI	<input type="text"/>															
TF:	<input type="text"/>															
20. HORARIO DE LABOR	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Marcar con X los días</th> <th>Especificar las Horas (De... A: ...)</th> <th>Especificar las Horas (De... A: ...)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> LUNES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> VIERNES <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MARTES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MIÉRCOLES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> JUEVES</td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)	<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>	
Marcar con X los días	Especificar las Horas (De... A: ...)	Especificar las Horas (De... A: ...)														
<input type="checkbox"/> LUNES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VIERNES <input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> MARTES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="text"/>														
<input type="checkbox"/> JUEVES	<input type="text"/>															



21. 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

22. DIRECCIÓN DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS

DISTRITO: TELEFONO:

email

23. N° DE CONSTANCIA DE PAGO

24. DIA DE PAGO

25. REQUISITOS

- 1 **Solicitud, según formato.**
- 2 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.

Declaro tener habilitada mi cuenta de correo electrónico, señalada en la presente, dando por válido el acuse de recibo en el plazo de 2 días hábiles con ocasión del envío de la respectiva respuesta ¹.

Sello y firma del Director Técnico

Sello y firma del Propietario o Representante Legal Establecimiento Farmacéutico

Sello y firma del Químico Farmacéutico Asistente

¹ Toda respuesta a los TRÁMITES NO TUPA denominados "COMUNICACIÓN" que no procedan, sólo serán enviadas vía correo electrónico institucional de la Dirección de Fiscalización, Control y Vigilancia Sanitaria de la DIRESA CALLAO