

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

Comunicaciones de Cambios de la Información declarada

- a) NOMBRE COMERCIAL
- b) RAZÓN SOCIAL
- c) HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO Y DEL HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO, Y/O Q.F. ASISTENTE
- e) DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA
- f) OTROS:

FECHA:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIRESA-CALLAO)

CATEGORÍA: DROGUERÍA ALMACÉN ESPECIALIZADO

1. REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N° : N° REGISTRO DE EF

2. NOMBRE COMERCIAL :
(En caso de Cambio, consignar el nuevo Nombre Comercial)

3. RAZÓN SOCIAL :
(En caso de Cambio, consignar la nueva denominación de Razón Social)

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL :
APELLIDOS: NOMBRES:
(Consignar el propietario o representante 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 / Jirón / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>	INT.:	<input type="text"/>
5b. URB. /AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.:	<input type="text"/>	LOTE.:	<input type="text"/>
5c. DISTRITO:	<input type="text"/>	5d. PROV.:	<input type="text"/>	5e. DPTO.:	<input type="text"/>
5f. Correo Electrónico:	<input type="text"/>			5g. Teléfono:	<input type="text"/>

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 la Horas (De: ... A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES	_____
<input type="checkbox"/> MARTES	_____
<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES	_____
<input type="checkbox"/> VIERNES	_____
<input type="checkbox"/> SÁBADO	_____
<input type="checkbox"/>	_____

7. DIRECTOR TÉCNICO (Según lo autorizado por DIRESA-CALLAO)

7a. DIRECTOR TÉCNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGÚN CORRESPONDA

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

7b. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (EN CASO DE DROGUERÍAS CUANDO CORRESPONDA, Según lo autorizado por DIRESA-CALLAO)

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

8. HORARIO DE LABOR Director Técnico y/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 la Horas (De: ... A: ...)
<input type="checkbox"/> LUNES _____	_____
<input type="checkbox"/> MARTES _____	_____
<input type="checkbox"/> MIÉRCOLES _____	_____
<input type="checkbox"/> JUEVES _____	_____
<input type="checkbox"/> VIERNES _____	_____
<input type="checkbox"/> SÁBADO _____	_____
<input type="checkbox"/>	_____

9. EN EL CASO DE CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL, ESPECIFICAR:

a. REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE CESA(N):

APELLIDOS:	NOMBRES:	DNI N°
09.1.1 _____	_____	_____
09.1.2 _____	_____	_____
09.1.3 _____	_____	_____
09.1.4 _____	_____	_____
09.1.5 _____	_____	_____

b. REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) QUE PERMANECEN EN EL CARGO O AMPLIA(N):

APELLIDOS:	NOMBRES:	DNI N°
09.2.1 _____	_____	_____
09.2.2 _____	_____	_____
09.2.3 _____	_____	_____
09.2.4 _____	_____	_____
09.2.5 _____	_____	_____

10. 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 ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNARIO, 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 y/o Químico
Farmacéutico Asistente

Sello y firma del Propietario o Representante Legal
Establecimiento Farmacéutico

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