

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

**FORMATO A-3**  
**COMUNICACIÓN DE CAMBIOS DE LA INFORMACIÓN DECLARADA**

- a) CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL ☐
- b) CAMBIO DE LA RAZÓN SOCIAL ☐
- c) MODIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ☐
- d) MODIFICACIÓN O AMPLIACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL ☐
- e) CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO O ASISTENTE DE DIRECCIÓN TÉCNICA ☐
- f) CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO ☐
- g) MODIFICACION DE ÁREAS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO (DENTRO DEL ÁREA TOTAL AUTORIZADA) ☐

**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:                          | <input type="text"/>                                          |                                                      |
|                                               | (Según RUC)                                                   |                                                      |
| 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            |                                                               |                                                      |
| 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="checkbox"/> MARTES               | <input type="text"/>                                          | <input type="checkbox"/> SÁBADO                      |
| <input type="checkbox"/> MIERCOLES            | <input type="text"/>                                          | <input type="checkbox"/> DOMINGO                     |
| <input type="checkbox"/> JUEVES               | <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                                 |
| 14. CORREO ELECTRONICO DEL EE.FF              | <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 manejan Drogas.

|                                                        |                      |
|--------------------------------------------------------|----------------------|
| 19. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE. |                      |
| 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**

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**

1 Solicitud según formato.

2 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 FALSEDAD 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.