

## DECLARACIÓN JURADA

SOLICITO AUTORIZACIÓN SANITARIA DE LOS CAMBIOS,  
MODIFICACIONES O AMPLIACIONES DE LA INFORMACIÓN  
REGISTRADA EN LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:

SELLO DE MESA DE PARTES

MONTO A PAGAR

**S/. 44.00**

N° RECIBO

N° DE FOLIOS

### I. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

1. **CLASIFICACIÓN:** SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 4° DEL DS 014-2011-SA (MARCAR CON UNA X)

A.- DROGUERÍA: ( )

B.- ALMACÉN ESPECIALIZADO ( )

2. **NOMBRE COMERCIAL:** .....

(NO INCLUIR CLASIFICACIÓN)

Los establecimientos farmacéuticos no pueden utilizar como nombre comercial o razón social una clasificación que no les corresponde.

3. **N° DE REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC):** .....

SE VERIFICÓ

4. **NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZÓN SOCIAL:** .....

(Si es Jurídica)

5. **E-mail:** .....

(SOLICITO QUE LAS NOTIFICACIONES DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS SE REALICEN AL CORREO ELECTRÓNICO CONSIGNADO)

6. **TELÉFONO:** .....

7. **CELULAR:** .....

8. **DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:** .....

8.A. **DISTRITO:** .....

8.B. **PROVINCIA:** .....

8.2. **DIRECCIÓN DEL ALMACÉN:** .....

8.2.A **DISTRITO:** .....

8.2. B. **PROVINCIA:** .....

9. **N° DE REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC):** .....

(SE ADJUNTA COPIA FICHA)

SE VERIFICÓ

### II. DEL PROPIETARIO o REPRESENTANTE LEGAL:

10. **NOMBRES Y APELLIDOS :** .....

10.a. **NUMERO DE DNI :** .....

### III. DATOS A CAMBIAR:

11. **NOMBRE COMERCIAL:** .....

12. **RAZÓN SOCIAL:** .....

(Si es Jurídica)

13. **NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL:** .....

(Si es Jurídica)

13.a. **NUMERO DE DNI REPRESENTANTE LEGAL:** .....

(SE ADJUNTA COPIA)

SE VERIFICÓ

14. **HORARIO**

De Atención al Público: ( )

De Director Técnico: ( )

De Asistente de DT-QF ( )

DÍAS		HORAS	
DE	A	DE	A

LO CUAL DECLARAMOS EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSIGNADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASIMISMO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME LO REGULA EL ART. 411° EN EL CAPÍTULO III DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE.

SELLO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL  
o PROPIETARIO (a)

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO  
CON RUC, DIRECCIÓN Y DISTRITO

SELLO Y FIRMA DEL DIRECTOR TÉCNICO

N° DNI: .....

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 REGIONAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS - DIREMID AYACUCHO