



**SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA DE CAMBIOS, MODIFICACIONES O
DE AMPLIACION DE INFORMACION DECLARADA EN EL INICIO DE
ACTIVIDADES**

Trujillo, de de 20.....

Señor Sub Gerente de Cuidado Integral de la Salud:

Persona Natural Persona Jurídica

Cuando corresponda a: (Marcar con X la opción seleccionada)

Requisitos: (Marcar con X, documentos adjuntos)

<input type="checkbox"/> Nombre Comercial	<input type="checkbox"/> Horario del Establecimiento	<input type="checkbox"/> Copia de documento que sustente el cambio.
<input type="checkbox"/> Razón Comercial	<input type="checkbox"/> Actividades	
<input type="checkbox"/> Horario del Químico Farmacéutico	<input type="checkbox"/> Representante Legal	<input type="checkbox"/> N° de Constancia de Pago (Boleta/Factura): _____ Fecha de Pago: _____
<input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Clase	

Clase: (Marcar con X la opción seleccionada)

Droguería Farmacia Botica
 Almacén Especializado Farmacia de los Establecimientos de Salud Botiquín

Datos del Propietario o Representante Legal:

Nombres y Apellidos:

DNI N° o Carné de Extranjería:

Teléfono y/o Celular:

Domicilio real (Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito

Provincia

Datos del Establecimiento Farmacéutico:

Nombre Comercial (Según RUC):

Razón Social:

Correo Electrónico:

N° de RUC:

Distrito

Provincia

Dirección (Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Horario atención al Público:

Teléfono

Celular

Días:

Horas:

Actividad:

Productos Farmacéuticos

- Medicamentos
- Medicamentos herbarios
- Productos dietéticos y edulcorantes
- Productos biológicos
- Productos galénicos

Productos Sanitarios

- Productos Cosméticos
- Artículos Sanitarios
- Artículos de Limpieza Doméstica

Dispositivos Médicos

- De bajo riesgo
- De moderado riesgo
- De alto riesgo
- Críticos en materia de riesgo

Dirección del Almacén 01 (Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito:

Provincia:

Dirección del Almacén 02 (Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):

Distrito:

Provincia:

Datos del Químico Farmacéutico Director Técnico:

Nombres y Apellidos:

DNI N°:

Domicilio Real:

Teléfono:

Horario que labora:

Celular:

Días

Horas

N° C.Q.F.P:

De:

A:

De:

A:

Correo Electrónico:

Fecha de inicio en el cargo: / /

GRS-SGCIS-FORM N°002 1/2

Datos de los Químicos Farmacéuticos Asistentes:				
Nombres y Apellidos:			DNI N°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Domicilio Real:				
Teléfono:		Horario que labora:		
Celular:		Días	Horas	
N° C.Q.F.P.:	De:	A:	De:	A:
Correo Electrónico:			Fecha de inicio en el cargo: / /	
Nombres y Apellidos:			DNI N°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Domicilio Real:				
Teléfono:		Horario que labora:		
Celular:		Días	Horas	
N° C.Q.F.P.:	De:	A:	De:	A:
Correo Electrónico:			Fecha de inicio en el cargo: / /	
Datos Anteriores				
Apellidos y Nombres del Propietario o Representante Legal anterior:			Nombre Comercial anterior:	
DNI N°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Distrito	Provincia
Dirección (Av./Calle/Jirón/ Mz./ Psje.):				
Exposición de motivos de lo solicitado: (Sustentar lo solicitado)				
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 del Procedimiento Administrativo General; expresando así mismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración. Conforme regula el Art. 411° del Código Penal.				
Solicitante:			Trámite Documentario:	
Firma y sello del Propietario o Representante Legal			Firma y sello del Director Técnico	Número de Registro del Expediente