



**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"/>	
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"/>	
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"/>			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