



Gobierno Regional del Cusco



Gerencia Regional de Salud

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

FORMATO DE ORIENTACIÓN IV-A

COMUNICACIONES DE CAMBIO DE LA INFORMACIÓN DECLARADA

A) NOMBRE COMERCIAL

B) DENOMINACIÓN DE LA RAZÓN SOCIAL

F) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES)

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CATEGORIA: BOTICA FARMACIA FARMACIA DE ESTAB DE SALUD
 DROGUERIA BOTIQUIN ALMACEN ESPECIALIZADO

REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°

NOMBRE COMERCIAL

RAZÓN SOCIAL

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS NOMBRES

DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CALLE/ JIRÓN/ AVENIDA N° INT.

URB./AA.HH./PP.JJ. MZ. LOTE

DISTRITO PROV DPTO

TELÉFONO

DEL DIRECTOR TÉCNICO (Según lo autorizado)

APELLIDOS Y NOMBRES C.Q.F.P.

CAMBIOS Y/O MODIFICACIONES

CAMBIO DE NOMBRE COMERCIAL (Colocar el nuevo nombre comercial del EEFF)

CAMBIO DE DENOMINACIÓN DE RAZÓN SOCIAL (Colocar la nueva denominación de la Razón Social)

CAMBIO DE REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) (Colocar al/o los nuevo(s) representante(s) legal(es))

APELLIDOS	NOMBRES	DNI N°

ADJUNTA



COPIA DEL DOCUMENTO QUE SUSTENTE EL CAMBIO, CUANDO CORRESPONDA

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO CON BUENA FÉ, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCION DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1,7 LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL, EXPRESANDO ASI MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACION , CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CODIGO PENAL

FIRMA Y SELLO DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTAB. FARMACÉUTICO