



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-C

COMUNICACIONES DE CAMBIO DE LA INFORMACIÓN DECLARADA

A) DIRECCION DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

B) MODIFICACIÓN DE LA DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

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

REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC Nº

NOMBRE COMERCIAL

RAZÓN SOCIAL

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS

NOMBRES

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CALLE/ JIRÓN/ AVENIDA Nº 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 DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA

CALLE/ JIRÓN/ AVENIDA Nº INT.

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

DISTRITO PROV DPTO

REFERENCIA

MODIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL ESTAB. FARMACÉUTICO

CALLE/ JIRÓN/ AVENIDA Nº INT.

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

DISTRITO PROV DPTO

REFERENCIA

MOTIVO:

ADJUNTA

COPIA DEL DOCUMENTO QUE SUSTENTE EL CAMBIO

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCION DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO CON BUENA FE, 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

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO