



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-B

#### COMUNICACIONES DE CAMBIO DE LA INFORMACIÓN DECLARADA

A) HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL EEFF

B) HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO Y/O Q.F. ASISTENTE

#### 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)

DISTRITO  PROV  DPTO

TELÉFONO

DEL DIRECTOR TÉCNICO (Según lo autorizado)

APELLIDOS Y NOMBRES  C.Q.F.P.

DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (Según lo autorizado)

APELLIDOS Y NOMBRES  C.Q.F.P.

#### CAMBIOS Y/O MODIFICACIONES

CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

EL CAMBIO DE HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEBE SER CONGRUENTE CON EL HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO Y/O QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE

DIAS		HORAS	
DE:	A:	DE:	A:
DE:	A:	DE:	A:

CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO

EL CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO Y Q.F. ASISTENTE DEBE SER CONGRUENTE CON EL HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL EEFF

DIAS		HORAS	
DE:	A:	DE:	A:
DE:	A:	DE:	A:

CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL Q.F. ASISTENTE

EL CAMBIO DE HORARIO DE LABOR DEL DIRECTOR TÉCNICO Y Q.F. ASISTENTE DEBE SER CONGRUENTE CON EL HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL EEFF

DIAS		HORAS	
DE:	A:	DE:	A:
DE:	A:	DE:	A:

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCION 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

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

FIRMA DEL Q.F. ASISTENTE DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO