|  |  |
| --- | --- |
| Número de solicitud: | Número de Mandamiento de pago: |
| *(Uso interno)* | *(Uso interno)* |
| 1. **DATOS DEL PETICIONARIO**
 |
| NOMBRE COMPLETO |
|  |
| CARÁCTER EN EL QUE ACTUA |
|  |
| NÚMERO DE IDENTIDAD PERSONAL(DUI/CARNE DE RESIDENTE/PASAPORTE) | NACIONALIDAD |
|  |  |
| TELEFONO | CORREO ELECTRONICO |
|  |  |
| 1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**
 |
| NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO |
|  |
| TIPO DE ESTABLECIMIENTO |
|  |
| CATEGORIA *(aplica para farmacias)* |
|  |
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO |
|  |
| NUMERO DE INSCRIPCIÓN |
|  |
| DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO  |
|  |
| DOMICILIO | DEPARTAMENTO |
|  |  |
| HORARIO DE SERVICIO DEL ESTABLECIMIENTO | CORREO ELECTRÓNICO |
|  |  |
| 1. **TIPO DE MODIFICACIÓN**

***Aclaratoria:*** *Para el caso del trámite de traspaso, podrá seleccionar en este mismo formulario: inscripción de regente y autorización de sello; cada uno con su debido pago; y para los demás trámites deberá utilizarse 1 formulario por modificación anexando su pago correspondiente.* |
| **Ampliaciones** *(aplica para farmacias)* | **CATEGORÍA ACTUAL:** | *Aplica solo para farmacias* |
| Ampliación de la autorización del establecimiento-actividad | **NUEVA CATEGORÍA:** | *Aplica solo para farmacias* |
| Ampliación de la autorización del establecimiento-infraestructura | **MOTIVO:** |
| Inscripción de regente | **NOMBRE DEL NUEVO REGENTE:** |  |
| Inscripción de regente temporal | **NOMBRE DE REGENTE TEMPORAL:** |  |
| **MOTIVO:** |  |
| **PERIODO:** |  |
| Traspaso del establecimiento | **NOMBRE DE NUEVO PROPIETARIO:** |  |
| **A TÍTULO DE:** *(compra venta, donación, etc.)* |  |
| Traslado del establecimiento | **NUEVA DIRECCIÓN:** | *Favor colocar dirección completa, incluir municipio y* *departamento* |
| Cambio de nombre del establecimiento | **NUEVO NOMBRE:** |  |
| Cambio de razón social de propietario del establecimiento | **NUEVA RAZÓN SOCIAL:** |  |
| Cierre temporal del establecimiento | **PLAZO:** | **DESDE: HASTA:** |
| **MOTIVO:** |  |
| Cierre definitivo del establecimiento | **MOTIVO:** |  |
| Renuncia de regente del establecimiento | **FECHA DE LA RENUNCIA:** |  |
| **MOTIVO:** |  |
| Modificación de infraestructura del establecimiento-remodelación | **EN QUE CONSISTE:** |  |
| Modificación de la infraestructura del establecimiento-reducción | **EN QUE CONSISTE:** |  |
| Autorización de sello | Seleccionar:Cambio de nombre del establecimiento/titularPor trasladoDeterioro/ExtravíoOtros |
| ***NOTA 1:*** *el interesado deberá presentar juntamente con el formulario los documentos que respaldan la modificación solicitada conforme a los requisitos establecido en la Guía para trámites Post Registro de establecimientos regulados por la DNM*  |
| ***NOTA 2:*** *la solicitud por traslado, por modificación de infraestructura de establecimientos y ampliación a la autorización del establecimiento conlleva la realización de inspección al mismo.* |
| 1. **NOTIFICACIONES**
 |
| NOMBRE DE PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR DOCUMENTOS | DUI/PASAPORTE/CARNET DE RESIDENTE |
|  |  |
| CORREO ELECTRONICO | TELEFONO |
|  |  |
| **Nombre y firma del propietario, Representante legal y/o Apoderado** |  **Nombre, sello y firma del Regente**  |
|  |  |
| **Para uso notarial (Legalización de firmas de conformidad al artículo 5 de la LPA).** |
| Doy fe que la (s) firma (s) que calza (n) el anterior escrito que se lee (n)es (son) autentica (s) por haber sido puesta (s) de su puño y letra ante mi presencia por el (los) señor (es)**<<Nombre del propietario, representante legal o apoderado**>> **<<Nombre de Regente>>**De **<<Edad en letras>>** Años de Edad, del domicilio **<<Domicilio>>**A quien reconozco por su(s) **<<Tipo de documento>>**Número(s) **<<Numero de documento>>**(Respectivamente). Santa Tecla a los **<<Fecha>>**  |
| ***Nota:*** *Para el retiro de su autorización deberá presentar documentación legal en original, copia certificada por notario, o copia simple para confrontarla con su original.* |

*Vigente desde: 15-marzo-2022*