



DIRECCIÓN  
REGIONAL DE  
SALUD PUNO

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE  
MEDICAMENTOS INSUMOS  
Y DROGAS

N° DE EXP:

FECHA:

## FORMATO DC-2

Solicitud - Declaración Jurada

### COMUNICACIÓN DE RENUNCIA A LA:

a) DIRECCIÓN TÉCNICA

b) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

Registrar datos del presente formato, en el formulario web REGISTRO DE TRAMITE DE AUTORIZACIONES SANITARIAS: <https://forms.gle/FWhu8JYXpDXMDs7J8>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado por DIREMID)			
CATEGORÍA:	DROGUERÍA <input type="checkbox"/>	ALMACEN ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	
1. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		
2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	<input type="text"/>	N°. REGISTRO DE EF	<input type="text"/>
3. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
4. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA (Según lo autorizado por DIREMID):			
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
INT.:	<input type="text"/>		
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>
LOTE.:	<input type="text"/>		
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>
DPTO.:	<input type="text"/>		
Correo Electronico:	<input type="text"/>	Telefono:	<input type="text"/>
<b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>			
5. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)			
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
INT.:	<input type="text"/>		
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ.	<input type="text"/>
LOTE.:	<input type="text"/>		
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV.:	<input type="text"/>
DPTO.:	<input type="text"/>		
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:			
6. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
TF:	<input type="text"/>		
<b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>			
INFORMACIÓN DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO QUE RENUNCIA AL CARGO ANTES CONSIGNADO:			
7. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	email	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	TF:	<input type="text"/>
<b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>			
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROFESIONAL RENUNCIANTE DONDE SE NOTIFICARAN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
8.	<input type="text"/>		
<b>LEGIBLE, OBLIGATORIO</b>			
AUTORIZO que a través de este correo electrónico se efectue todas las notificaciones que se requieran para este trámite, de acuerdo con el artículo 20 numeral 20.4 del texto único ordenado de la Ley N° 27444, Procedimiento Administrativo General, aprobado con D.S. N° 004-2019-JUS			<input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

9. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS SUJETO A PRESENTACIÓN DE BALANCE: SI  ESTUPEFACIENTE   
NO
10. COMERCIALIZA PRODUCTOS CONTROLADOS NO SUJETO A PRESENTACION DE BALANCE: SI  PSICOTROPICO LISTA IVB   
NO

**DOCUMENTOS A ADJUNTAR**

- 1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según FORMATO DC-2
- 2 Copia de la renuncia de la Dirección Técnica o Químico Farmacéutico Asistente, presentada al propietario o representante legal del EEFF, o declaración jurada de no laborar en el establecimiento, **indicando la fecha de renuncia.**
- 3 Cuando se manejen sustancias comprendidas en el reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras Sustancias sujetas a Fiscalización Sanitaria, presentar además el balance de drogas a la fecha de renuncia.
- 4 Declaración jurada de no haber comercializado psicotrópicos, cuando corresponda

Quando el profesional Químico Farmacéutico renuncie a la dirección técnica o asistencia, la renuncia debe ser comunicada por parte del profesional dentro del plazo máximo de diez (10) días calendario, contados a partir de ocurrido el hecho, bajo responsabilidad, Artículo 16° de Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, D.S. 014-2011-SA y su modificatoria D.S. 004-2021-SA

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 DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Puno, ..... de ..... Del 20.....

**Firma y sello del Director Técnico / Asistente renunciante**