



N° DE EXP:

FECHA:

FORMATO A C-2	
Solicitud - Declaración Jurada	
COMUNICACION DE RENUNCIA A:	
a) DIRECCIÓN TÉCNICA	<input type="checkbox"/>
b) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)			
CATEGORÍA:	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA <input type="checkbox"/>	
	FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD <input type="checkbox"/>	BOTIQUIN <input type="checkbox"/>	
1. RAZON SOCIAL:	<input type="text"/>		2. RUC N°: <input type="text"/>
3. NOMBRE COMERCIAL:	<input type="text"/>		
4. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado):			
4a. Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>	N°: <input type="text"/>	INT.: <input type="text"/>
4b. URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>	MZ. <input type="text"/>	LOTE.: <input type="text"/>
4c. DISTRITO:	<input type="text"/>	4d. PROV <input type="text"/>	4e. DPTO <input type="text"/>
4f. Correo electrónico	<input type="text"/>	4g. Teléfono	<input type="text"/>
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
5. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			
5. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
Correo Electronico:	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
		TF	<input type="text"/>
LEGIBLE, OBLIGATORIO			
INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO			
6. El establecimiento comercializa Psicotropicos, Estupefacientes y sustancias Precursores:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Marca SI, indicar:			
Psicotropicos Lista IVB	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Estupefacientes SI <input type="checkbox"/>
Precursores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RENUNCIA AL CARGO ANTES CONSIGNADO:			
7. DIRECTOR TÉCNICO - QUÍMICO FARMACÉUTICO.			
APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
COLEGIATURA	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
		TELEFONO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROFESIONAL QUE RENUNCIA, DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS			
8. <input type="text"/>			
LEGIBLE, OBLIGATORIO			
Ley N° 27444- Ley del Procedimiento Administrativo General, inciso 20.4 . Deberá confirmar la recepción en un plazo máximo de 2 días hábiles desde el día siguiente de efectuada la notificación			
ADJUNTAR documentos			
<input type="checkbox"/>	1 Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según FORMATO AC-2		
<input type="checkbox"/>	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.		
<input type="checkbox"/>	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.		
<input type="checkbox"/>	4 Declaración jurada de no haber comercializado psicotrópicos, cuando corresponda		
Cuando 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 DECLARÓ 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 Propietario o Representante
Legal (Si corresponde)Firma y sello del Director Técnico /
/ Quimico Farm. Asistente (renunciante)