



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"/>

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)				
CLASE:	FARMACIA <input type="checkbox"/>	BOTICA <input type="checkbox"/>	FARMACIA DE EESS <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):				
Calle / Jiron / Avenida:	<input type="text"/>		N°:	<input type="text"/>
INT.:	<input type="text"/>		MZ.:	<input type="text"/>
URB./AA.HH./PP.JJ.:	<input type="text"/>		LOTE.:	<input type="text"/>
DISTRITO:	<input type="text"/>	PROV:	<input type="text"/>	DPTO:
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL				
5. APELLIDOS:	<input type="text"/>		NOMBRES:	<input type="text"/>
Correo Electronico:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>	TF:
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"/> NO <input type="checkbox"/>
Precursores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RENUNCIA AL CARGO ANTES CONSIGNADO:				
7. APELLIDOS:	<input type="text"/>		NOMBRES:	<input type="text"/>
COLEGIATURA	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>	TELEFONO
CORREO ELECTRÓNICO DEL PROFESIONAL QUE RENUNCIA, DONDE SE NOTIFICARÁN LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS				
8.	<input type="text"/>			
LEGIBLE, OBLIGATORIO				
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				MARCAR
<input type="checkbox"/>				
ADJUNTAR documentos				
1	Solicitud de autorización con carácter de Declaración Jurada, según FORMATO AC-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.			
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 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 Propietario o Representante
Legal (Si corresponde)

Firma y sello del Director Técnico /
/ Quimico Farm. Asistente (renunciante)