



Gobierno Regional del Cusco



Gerencia Regional de Salud

Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas

FORMATO DE ORIENTACIÓN II-OF

COMUNICA RENUNCIA A:

A) DIRECCIÓN TÉCNICA

B) QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo autorizado)

CATEGORIA: BOTICA FARMACIA FARMACIA DE ESTAB. DE SALUD
BOTIQUIN

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°

2. NOMBRE COMERCIAL

3 RAZON SOCIAL

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS

NOMBRES

5. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (Según lo autorizado)

CALLE/ JIRON/ AVENIDA

N°

INT.

URB./AA.HH./PP.JJ.

MZ.

LOTE

DISTRITO

PROV

DPTO

TELEFONO

6. INFORMACION DEL PROFESIONAL QUE RENUNCIA AL CARGO

APELLIDOS

NOMBRES

COLEGIATURA.....N°

DNI

TELEF

7. DOCUMENTACION QUE ADJUNTA SEGÚN ARTICULO 16º DEL D.S. Nº 014-2011-SA Y SUS MODIFICATORIAS

Copia de renuncia de la Dirección Técnica o Químico Farmacéutico Asistente, presentada al propietario o representante legal del establecimiento (firmada por el propietario o Representante Legal como recibido). Ó

Declaración Jurada de no laborar en el establecimiento farmacéutico, indicando la fecha

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO CON BUENA FÉ, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN 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 DECLARACIÓN, CONFORME REGULA EL ART. 411º DEL CÓDIGO PENAL

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR TECNICO O

QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE (RENUNCIANTE)