

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia

SOLICITUD DE REAPERTURA DE ESTABLECIMIENTOS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DIA	02. MES	03. AÑO	

05. TIPO DE ESTABLECIMIENTO

LABORATORIO FABRICANTE DE MEDICAMENTOS LABORATORIO FABRICANTE DE COSMÉTICOS
 LABORATORIO FABRICANTE DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO
 CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MEDICAMENTOS CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MATERIAS PRIMAS
 IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE COSMETICOS DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS
 IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO DISTRIBUIDORA
 ALMACÉN PRINCIPAL ALMACÉN SECUNDARIO ALMACENADORAS

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO								07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL							
08. OBJETO SOCIAL															
09. N° DE RIF						10. N° DE NIT						PERMISO SANITARIO EN EL MPPS			
								11. N° DE OFICIO		12. DIA		13. MES		14. AÑO	

B.- DATOS DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15. APELLIDOS						16. NOMBRES						17. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
18. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S				19. PROFESIÓN											
20. N° DE TELÉFONO						21. N° DE TELÉFONO MÓVIL						22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO															
23. ESTADO						24. MUNICIPIO						25. CIUDAD/POBLACIÓN			
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO															
26. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						27. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA						28. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
29. PISO/PLANTA/LOCAL				30. PUNTO DE REFERENCIA								31. CÓDIGO POSTAL			
32. N° DE TELÉFONO				33. N° DE FAX				34. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				35. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA Web			

D.- DATOS DE LA REAPERTURA

36. DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA REAPERTURA:



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia

E.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE/ FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____,
actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, declaro bajo
juramento corresponsablemente con la Empresa que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL REGENTE / FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

37. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

38. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)

F.20-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE REAPERTURA DE ESTABLECIMIENTOS

INDIQUE EN EL FORMULARIOLA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

01	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
02	MES. - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
03	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
04	NÚMERO DE SOLICITUD. - CORRESPONDE A NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
05	TIPO DE ESTABLECIMIENTO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06	NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD ANTE SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA.
07	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL. - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
08	OBJETO SOCIAL. - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.
09	N.º DE RIF. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
10	N.º DE NIT. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.
11	NÚMERO DE OFICIO. EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
12	DÍA. -CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
13	MES. -CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
14	AÑO. -CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

B.-DATOS DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15	APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO (A)
16	NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO (A)
17	Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
18	No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.- CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA.
19	PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
20	Nº DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
21	Nº DE TELÉFONO MÓVIL. - DONDE LOCALIZARLO(A).
22	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO

23	ESTADO. - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
24	MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
25	CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

26	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
27	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
28	EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia

29	PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
30	PUNTO DE REFERENCIA. - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.
31	CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
32	No. DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
33	No. DE FAX. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.
34	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.
35	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO.

D.-DATOS DE LA REAPERTURA

36	EL REGENTE/AUXILIAR DE FARMACIA SOLICITANTE DEBE INDICAR LOS MOTIVOS DE LA REPERTURA DEL ESTABLECIMIENTO.:
----	--

E.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE/ FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL (LA) REGENTE/ FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.	
---	--

DECLARACIÓN JURADA EL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE REAPERTURA.

F. PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE. - DEBE SER LLENADO SOLAMENTE POR EL FUNCIONARIO(A) AUTORIZADO(A) DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES Y FARMACOVIGILANCIA EN LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD.

37	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
38	OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).

F.20-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

