

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

SOLICITUD DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS

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: LABORATORIOS CASAS DE REPRESENTACIÓN

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 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 DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS

36. DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA DESTRUCCION:



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

E.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE 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 (LA) REGENTE DE FARMACIA SOLICITANTE

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

37. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

38. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)

F.24-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 OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA 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 PERMISO SANITARIO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD.
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 SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15	APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE DEL LABORATORIO Y /O CASA DE REPRESENTACIÓN.
16	NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE
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 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 de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia

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.
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 DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS

36	EL (LA) REGENTE DEBE INDICAR LOS MOTIVOS DE LA DESTRUCCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS. INDIQUE EN LA SOLICITUD PRODUCTO, CANTIDAD, LOTE, FECHA DE VENCIMIENTO, MOTIVO DE LA DESTRUCCIÓN PARA CADA PRODUCTO, UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS A DESTRUIR, TELÉFONO, CEDULA DE IDENTIDAD DEL FARMACÉUTICO REGENTE Y NOMBRE DE LA EMPRESA INCINERADORA, LA CUAL DEBE ESTAR DEBIDAMENTE REGISTRADA EN EL MINISTERIO DEL AMBIENTE.
----	---

E.- OBSERVACIONES DEL(LA) REGENTE SOLICITANTE

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

DECLARACIÓN JURADA, EL (LA) REGENTE SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD.

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.24-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

