

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

## NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE REGENCIA PARA 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 SOLICITUD  | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE REGENCIA                         | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE DIRECTOR TÉCNICO |
| 06. TIPO DE ESTABLECIMIENTO  |   |   |
| <input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE MEDICAMENTOS  | <input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE COSMÉTICOS       |   |
| <input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO                |   |   |
| <input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MEDICAMENTOS                                       | <input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MATERIAS PRIMAS |   |
| <input type="checkbox"/> IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE COSMETICOS                                     | <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS                |   |
| <input type="checkbox"/> IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO | <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA                              |   |
| <input type="checkbox"/> ALMACÉN PRINCIPAL   | <input type="checkbox"/> ALMACÉN SECUNDARIO                         | <input type="checkbox"/> ALMACENADORAS              |

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

|                                 |  |  |  |               |  |  |                           |                              |  |         |         |         |
|---------------------------------|--|--|--|---------------|--|--|---------------------------|------------------------------|--|---------|---------|---------|
| 07. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO |  |  |  |               |  |  | 08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL |                              |  |         |         |         |
|                                 |  |  |  |               |  |  |                           |                              |  |         |         |         |
| 09. OBJETO SOCIAL               |  |  |  |               |  |  |                           |                              |  |         |         |         |
| 10. N° DE RIF                   |  |  |  | 11. N° DE NIT |  |  |                           | PERMISO SANITARIO EN EL MPPS |  |         |         |         |
|                                 |  |  |  |               |  |  |                           | 12. N° DE OFICIO             |  | 13. DIA | 14. MES | 15. AÑO |

### B.- DATOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) AUTORIZADO(A)

|                                  |  |  |  |                          |  |  |  |   |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| 16. APELLIDOS                    |  |  |  | 17. NOMBRES              |  |  |  | 18. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD                           |  |  |  |
|                                  |  |  |  |                          |  |  |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |  |  |
| 19. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P. S |  |  |  | 20. PROFESIÓN            |  |  |  |   |  |  |  |
|                                  |  |  |  |                          |  |  |  |   |  |  |  |
| 21. N° DE TELÉFONO               |  |  |  | 22. N° DE TELÉFONO MOVIL |  |  |  | 23. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO                     |  |  |  |
|                                  |  |  |  |                          |  |  |  |   |  |  |  |

### C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

|  |  |  |  |                          |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|---|--|--|--|
| NUEVO REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO(A) |  |  |  |                          |  |  |  |   |  |  |  |
| 24. APELLIDOS                                |  |  |  | 25. NOMBRES              |  |  |  | 26. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD                           |  |  |  |
|  |  |  |  |                          |  |  |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |  |  |
| 27. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S              |  |  |  | 28. PROFESIÓN            |  |  |  |   |  |  |  |
|  |  |  |  |                          |  |  |  |   |  |  |  |
| 29. N° DE TELÉFONO                           |  |  |  | 30. N° DE TELÉFONO MÓVIL |  |  |  | 31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO                     |  |  |  |
|  |  |  |  |                          |  |  |  |   |  |  |  |

### D.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) ENTRANTE

|  |
|--|
|  |
|--|

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

### 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 Autonomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL (LA) REGENTE/ DIRECTOR (A) TÉCNICO(A) (ENTRANTE - SALIENTE)

#### E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

32. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

33. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)

F.22-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 NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE REGENCIA PARA ESTABLECIMIENTOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

|    |   |
|----|---|
| 01 | <b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.  |
| 02 | <b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.  |
| 03 | <b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.  |
| 04 | <b>NÚMERO DE SOLICITUD.</b> - CORRESPONDE A NÚMERO DE CONTROL INTERNO.  |
| 05 | <b>TIPO DE SOLICITUD.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE SOLICITUD.             |
| 06 | <b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO. |

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

|    |   |
|----|---|
| 07 | <b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD. |
| 08 | <b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.   |
| 09 | <b>OBJETO SOCIAL.</b> - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.                        |
| 10 | <b>Nº DE RIF.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.  |
| 11 | <b>Nº DE NIT.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.   |
| 12 | <b>NÚMERO DE OFICIO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.                 |
| 13 | <b>DÍA.</b> -CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.                                 |
| 14 | <b>MES.</b> -CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.                                 |
| 15 | <b>AÑO.</b> -CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.                                 |

### B.- DATOS DEL(LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) AUTORIZADO(A)

|    |  |
|----|--|
| 16 | <b>APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A).</b>  |
| 17 | <b>NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTORA(A) TÉCNICO(A).</b>   |
| 18 | <b>Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD.</b> - RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A)</b> (V) O, <b>EXTRANJERO(A)</b> (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.              |
| 19 | <b>No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA. |
| 20 | <b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.  |
| 21 | <b>Nº DE TELÉFONO DONDE LOCALIZARLO(A)</b> (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).  |
| 22 | <b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL DONDE LOCALIZARLO(A).</b>  |
| 23 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO,</b> DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.   |

### C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

#### NUEVO REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) AUTORIZADO(A)

|    |   |
|----|---|
| 24 | <b>APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A).</b> |
| 25 | <b>NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A).</b>   |

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

|    |   |
|----|---|
| 26 | <b>Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD.</b> - RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A)</b> (V) O, <b>EXTRANJERO(A)</b> (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.             |
| 27 | <b>No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA. |
| 28 | <b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.   |

|    |   |
|----|---|
| 29 | <b>N.º DE TELÉFONO.</b> - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).                   |
| 30 | <b>N.º DE TELÉFONO MÓVIL.</b> - DONDE LOCALIZARLO(A).   |
| 31 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS |

**D. OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) ENTRANTE**

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

**DECLARACIÓN JURADA**, EL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS. **EL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) (ENTRANTE-SALIENTE) DEBEN FIRMAR LA NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE REGENCIA.**

**E. 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.

|    |   |
|----|---|
| 32 | <b>FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.</b>            |
| 33 | <b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).</b> |

F.22-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022