

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

SOLICITUD DE COPIAS CERTIFICADAS Y CONSTANCIAS

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"/> COPIA CERTIFICADA <input type="checkbox"/> CONSTANCIA	06. TIPO DE ESTABLECIMIENTO		07. TIPO DE OFICIO
	<input type="checkbox"/> LABORATORIOS FABRICANTES <input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> IMPORTADORA/DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> ALMACENADORAS <input type="checkbox"/> ALMACÉN PRINCIPAL <input type="checkbox"/> ALMACÉN SECUNDARIO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

08. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO							09. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL								
	-														
10. OBJETO SOCIAL															
11. N° DE RIF				12. N° DE NIT				PERMISOSANITARIO EN EL M.P.P.S.							
								13. N° DE OFICIO		14. DIA		15. MES		16. AÑO	

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

17. APELLIDOS				18. NOMBRES				19. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD					
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E					
20. N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S.				21. PROFESIÓN									
22. N° DE TELÉFONO				23. N° DE TELÉFONO MÓVIL				24. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					

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



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 al Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

25. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

26. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)

F.26-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 DE SOLICITUD COPIAS CERTIFICADAS Y CONSTANCIAS

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 SOLICITUD. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE SOLICITUD.
06	TIPO DE ESTABLECIMIENTO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.
07	TIPO DE OFICIO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE OFICIO.

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

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

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

17	APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A).
18	NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/ FARMACEUTICO(A).
19	Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
20	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.
21	PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
22	Nº DE TELÉFONO DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
23	Nº DE TELÉFONO MÓVIL DONDE LOCALIZARLO(A).
24	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

C.-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 COPIA CERTIFICADA O CONSTANCIA.

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

D. 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.

25	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
26	OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).

F.26-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022