

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		06. TIPO DE ESTABLECIMIENTO				07. TIPO DE OFICIO	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA <input type="checkbox"/> CONSTANCIA		<input type="checkbox"/> LABORATORIOS FABRICANTES <input type="checkbox"/> ALMACENADORAS <input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> ALMACÉN PRINCIPAL <input type="checkbox"/> IMPORTADORA/DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> ALMACÉN SECUNDARIO <input type="checkbox"/> OTROS				<input type="checkbox"/> PERMISO SANITARIO <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE B.P.M. <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> CAMBIO DE REGENCIA <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PROPIETARIO	

#### 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	<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.
07	<b>TIPO DE OFICIO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE OFICIO.

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

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

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

17	<b>APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A).</b>
18	<b>NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/ FARMACEUTICO(A).</b>
19	<b>Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD.</b> - RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A) (V)</b> O, <b>EXTRANJERO(A) (E)</b> Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
20	<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.
21	<b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
22	<b>Nº DE TELÉFONO DONDE LOCALIZARLO(A)</b> (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
23	<b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL DONDE LOCALIZARLO(A).</b>
24	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO,</b> 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	<b>FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.</b>
26	<b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).</b>

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