

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspección, Vigilancia y Control

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

--

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/ 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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE REGENCIA PARA ESTABLECIMIENTOS

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.

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

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

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

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

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

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

24	APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A).
25	NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A).
26	Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
27	No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S- CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA.

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspección, Vigilancia y Control

28	PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
----	---

29	N.º DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
----	---

30	N.º DE TELÉFONO MÓVIL. - DONDE LOCALIZARLO(A).
----	---

31	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - 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	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
----	------------------------------------

33	OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).
----	---

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