

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

## 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											
								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 Inspección, Vigilancia y Control

### 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 Inspección, Vigilancia y Control

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

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06	<b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD.
07	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
08	<b>OBJETO SOCIAL.</b> - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.
09	<b>N.º DE RIF.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
10	<b>N.º DE NIT.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.
11	<b>NÚMERO DE OFICIO.</b> EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
12	<b>DÍA.</b> -CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
13	<b>MES.</b> -CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
14	<b>AÑO.</b> -CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

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

15	<b>APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE DEL LABORATORIO Y /O CASA DE REPRESENTACIÓN.</b>
16	<b>NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) REGENTE</b>
17	<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.
18	<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 CONTRALORIA SANITARIA.
19	<b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
20	<b>Nº DE TELÉFONO.</b> - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
21	<b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL.</b> - DONDE LOCALIZARLO(A).
22	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

### C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

#### UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO

23	<b>ESTADO.</b> - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
24	<b>MUNICIPIO.</b> - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
25	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

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

**DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

26	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.</b> - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
27	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.</b> - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
28	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.</b> - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
29	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.</b> - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
30	<b>PUNTO DE REFERENCIA.</b> - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.
31	<b>CÓDIGO POSTAL.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
32	<b>No. DE TELÉFONO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
33	<b>No. DE FAX.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.
34	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.
35	<b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.</b> - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO.

**D.-DATOS DE LA DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS**

36	<b>EL (LA) REGENTE DEBE INDICAR LOS MOTIVOS DE LA DESTRUCCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS Y PRODUCTOS COSMÉTICOS.</b> 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	<b>FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.</b>
38	<b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).</b>

F.24-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022