

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	
<div> <div></div> <div>-</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>			
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			
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					
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			
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>					
29. N° DE TELÉFONO		30. N° DE TELÉFONO MÓVIL		31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





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

**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



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



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

## 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</b> DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
22	<b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL</b> DONDE LOCALIZARLO(A).
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>



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324.  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



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

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 <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
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



@sacs\_ve



*Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria*

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.

