

REQUISITOS PARA LA NOTIFICACION DEL CAMBIO DE REGENCIA O DIRECTOR TÉCNICO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, COSMÉTICOS, NATURALES Y HOMEOPATICOS.

- 1.- Rellenar el Formulario de Solicitud de Cambio de Regencia o Director Técnico de Establecimientos Farmacéuticos, Cosméticos, Naturales y Homeopáticos (Formato DDMC), Incluyendo todos los datos solicitados.
- 2.-Fotocopia del Título del Regente Entrante donde se visualice claramente el Número bajo el cual quedo Registrado ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Cédula de Identidad.
- 3.- Fotocopia del Poder otorgado al Regente Entrante por parte de la Empresa.
- 4.-Horario del Regente Entrante e Inscripción en Colfar e Inprefar
- 5.- Comunicación e Inventario de Sustancias Estupefactivas y Psicotrópicas firmadas por ambos Regentes (Saliente y Entrante), (Cuando se trate de Establecimientos que manejen estas Sustancias).

EL FARMACÉUTICO NOTIFICANTE DEBE CONSIGNAR PERSONALMENTE ESTOS REQUISITOS ANTE LA COORDINACIÓN REGIONAL DE CONTRALORIA SANITARIA, ATENCIÓN COORDINADOR REGIONAL DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS DE LA ENTIDAD FEDERAL CORRESPONDIENTE, EXCEPTO CUANDO SE TRATE DE LABORATORIOS FABRICANTES Y SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN POR DOSIS UNITARIA, POR CUANTO ESTOS TRÁMITES SE REALIZAN A NIVEL CENTRAL

(Formato DDMC-I- Requisitos)

<hr/> Farmacéutico(a) Regente/Director Técnico.	<hr/> Funcionario (a) de la Coordinación de Inspección
--	---

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL REGISTRO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, COSMÉTICOS, NATURALES Y HOMEOPÁTICOS

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 <input type="checkbox"/> EMPRESA ACONDICIONADORA <input type="checkbox"/> SERVICIO INTERNO DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> DROGUERÍA <input type="checkbox"/> ÁREA ESPECÍFICA(S.P.F) <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> SERVICIO POR DOSIS UNITARIAS
---	---

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

07. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>														
09. OBJETO SOCIAL														
10. N° DE RIF	11. N° DE NIT	REGISTRO SANITARIO EN EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD												
		12. N° DE OFICIO	13. DIA	14. MES										
				15. AÑO										

B.- DATOS DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO(A) ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (SALIENTE)

16. APELLIDOS	17. NOMBRES	18. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD										
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -										
19. N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S	20. PROFESIÓN											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>												
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) ANTE EL MINISTERIO DEL POPULAR PARA LA SALUD (ENTRANTE)

24. APELLIDOS	25. NOMBRES	26. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD										
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -										
27. N° DE MATRICULA DEL M.P.P.S	28. PROFESIÓN											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> <td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>												
29. N° DE TELÉFONO	30. N° DE TELÉFONO MÓVIL	31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO										

D.- OBSERVACIONES DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO ENTRANTE

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, 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 Autonomo de Contraloria Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL REGENTE/ DIRECTOR TÉCNICO (ENTRANTE - SALIENTE)

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

32. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

33. OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A)

Formato: DDMC-I-REG

INSTRUCTIVO DE SOLICITUD DE MODIFICACIÓN AL REGISTRO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, COSMÉTICOS, NATURALES Y HOMEOPÁTICOS

CAMBIO DE REGENCIA O DIRECTOR TÉCNICO

INDIQUE EN EL FORMULARIO (FORMATO DDMC.....) LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

FECHA DE SOLICITUD

- 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** - ES EL NÚMERO QUE EL SISTEMA ASIGNA DE FORMA CONSECUTIVA EN EL MOMENTO DEL PROCESAMIENTO DE LA MISMA.
- 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 REGISTRO SANITARIO** - CORRESPONDE AL NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
 - 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.
- REGISTRO SANITARIO EN EL M.P.P.S
- 12 **NÚMERO DE OFICIO** - CORRESPONDE AL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
 - 13 **DÍA** - CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
 - 14 **MES** - CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
 - 15 **AÑO** - CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

B.- DATOS DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO(A) ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (SALIENTE)

- 16 **APELLIDOS COMPLETOS DEL REGENTE**.
- 17 **NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE**.
- 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 MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD.
- 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 TÉCNICO AUTORIZADO(A) ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (ENTRANTE)

- 24 **APELLIDOS COMPLETOS DEL REGENTE**.
- 25 **NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE**.
- 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 EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD.
- 28 **PROFESIÓN** - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
- 29 **Nº DE TELÉFONO** - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
- 30 **Nº DE TELÉFONO MÓVIL** - DONDE LOCALIZARLO(A).
- 31 **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO** - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

D. OBSERVACIONES DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO ENTRANTE

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO ENTRANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.

DECLARACIÓN JURADA, EL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS.

EL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO (ENTRANTE-SALIENTE) DEBEN FIRMAR LA SOLICITUD DE CAMBIO DE REGENCIA O DIRECTOR TÉCNICO

E. PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE.- DEBE SER LLENADO SOLAMENTE POR EL FUNCIONARIO(A) AUTORIZADO(A) DEL DEPARTAMENTO DE INSPECCIÓN EN LA DIRECCIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD.

32 FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:
33 OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A)