

**REQUISITOS DE SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS.**

- 1.-Rellenar el Formulario de Solicitud de destrucción de Medicamentos No Controlados (Formato DDMC-I- Registro), incluyendo todos los datos solicitados
- 2.-Fotocopia de la Cédula de Identidad
- 3.- Indicar en la Solicitud el nombre de la empresa Incineradora, la cual debe estar debidamente registrada en el Ministerio del Ambiente.
- 4.- Original del Comprobante de Pago de Impuesto o Constancia de Pago (Planilla Forma -16) emitida por el SENIAT, Monto a Cancelar Una (01) Unidad Tributaria, según tipo de Solicitud.

**EL FARMACÉUTICO REGENTE SOLICITANTE DEBE CONSIGNAR PERSONALMENTE ESTOS REQUISITOS ANTE LA COORDINACION DE INSPECCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL**

(Formato DDMC-I- Requisitos )

\_\_\_\_\_  
Farmacéutico (a) Regente

\_\_\_\_\_  
Funcionario(a) de la Coordinación de Inspección

## SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS

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	<input type="checkbox"/> LABORATORIOS	<input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN
-----------------------------	---------------------------------------	--

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO							07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL								
-															
08. OBJETO SOCIAL															
09. N° DE RIF				10. N° DE NIT				REGISTRO SANITARIO EN EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD							
								11. N° DE OFICIO		12. DIA		13. MES		14. AÑO	

### B.- DATOS DEL REGENTE SOLICITANTE AUTORIZADO(A) ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

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

36. DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA REAPERTURA:													

### E.- OBSERVACIONES DEL REGENTE SOLICITANTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Ministerio del Poder Popular para 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 Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REGENTE DE FARMACIA SOLICITANTE

### F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

37. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

38. OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A)

Formato: DDMC-I-REG

## INSTRUCTIVO DE SOLICITUD DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS.

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 ESTABLECIMIENTO.**- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

- 06 **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.
- 07 **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.**- SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
- 08 **OBJETO SOCIAL.**- DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.
- 09 **Nº DE RIF.**- ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
- 10 **Nº DE NIT.**- ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.

#### REGISTRO SANITARIO EN EL M.P.P.S.

- 11 **NÚMERO DE OFICIO.** EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
- 12 **DÍA.**-CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
- 13 **MES.**-CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
- 14 **AÑO.**-CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

### B.-DATOS DEL REGENTE SOLICITANTE AUTORIZADO(A) ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

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

### C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

#### UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO

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

#### DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

- 26 **URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.**- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
- 27 **AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.**- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
- 28 **EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.**- CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
- 29 **PISO/PLANTA/LOCAL.**- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
- 30 **PUNTO DE REFERENCIA.**- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.
- 31 **CÓDIGO POSTAL.**- CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
- 32 **No. DE TELÉFONO.**- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).

- 33 **No. DE FAX.**- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.
- 34 **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.**- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.
- 35 **DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.**- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO.

### D.-DATOS DE LA DESTRUCCIÓN DE MEDICAMNETOS NO CONTROLADOS

- 36.- EL REGENTE DEBE INDICAR LOS MOTIVOS DE LA DESTRUCCIÓN DE LOS MEDICAMNTOS NO CONTROLADOS.

**E.- OBSERVACIONES DEL REGENTE**

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

**DECLARACIÓN JURADA**, EL REGENTE SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS

**EL REGENTE SOLICITANTE DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE REAPERTURA**

**F. 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.

37    **FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:**  
38    **OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A)**