

**Instructivo de Llenado F-PERC-039 Solicitud de Cambio Post-Registro para
Productos Farmacéuticos Nacionales e Importados
Aspectos Legales
FARMACÉUTICO ADJUNTO AL PATROCINANTE**

Este formulario **SÓLO APLICA** para cambios en el Farmacéutico Adjunto al Farmacéutico Patrocinante del producto en proceso de Registro Sanitario.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FUNCIONARIO RECEPTOR:

¹⁾SOLICITUD N°

Número correlativo asignado en la casilla indicada según el tipo de producto objeto del trámite, una vez cumplido con todos los requisitos solicitados.

^{1.1)}MSREF-L

Marque este espacio si el trámite corresponde a las Solicitudes de Registro Sanitario de Especialidades Farmacéuticas (E.F.) y Especialidades Farmacéuticas Genéricas (E.F.G.), relacionadas con modificaciones en los aspectos legales solicitados inicialmente.

^{1.2)}MSRPB-L

Marque este espacio si el trámite corresponde a las Solicitudes de Registro Sanitario de Productos Biológicos (PB): Vacunas, Hemoderivados o Afines y Productos Biológicos Terapéuticos, relacionadas con modificaciones en los aspectos legales solicitados inicialmente.

^{1.3)}

Coloque en este espacio la numeración correspondiente.
Formato de la numeración: 00-0000, los dos primeros dígitos corresponden al año en el que se realiza la solicitud y los cuatro dígitos siguientes se refieren al número correlativo correspondiente.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

²⁾ DATOS DEL PRODUCTO

^{2.1)} Nombre del Producto Farmacéutico

Indique el nombre del producto tal como aparece en el oficio de aprobación correspondiente, emitido por la Autoridad Sanitaria Venezolana.

^{2.2)} Tipo de Producto Farmacéutico

E.F.

E.F.G.

P.B.

Señale en la casilla destinada para tal fin, si se trata de una Especialidad Farmacéutica (E.F.), una Especialidad Farmacéutica Genérica (E.F.G.) o un Producto Biológico (P.B.).

Vacuna

Hemoderivado o Afín

Terapéutico

Para los Productos Biológicos indique si es una vacuna, un hemoderivado, afín o un producto biológico terapéutico dentro de los cuales se encuentran los ADN recombinante, los anticuerpos monoclonales y los biológicos terapéuticos

N° SR:

Indique el número asignado a la solicitud de Registro Sanitario en el formulario correspondiente.
Formato de la numeración: 00-0000.

^{2.3)} Denominación Común Internacional

Indique la denominación común internacional (DCI o INN por sus siglas en inglés) correspondiente al o los principios activos que constituyen el Producto Farmacéutico, en Venezuela la DCI es igual al nombre genérico.

^{2.4)} Procedencia:

Nacional

Importado

País de Origen:

Señale en la casilla correspondiente, si el producto acabado, es de fabricación: nacional, extranjera o ambas.
Para productos importados indique el o los lugares de fabricación.
Para aquellos productos acabados en los cuales, su proceso de manufactura se realiza en varias etapas e interviene más de un fabricante, se toma como origen para efectos de este formulario el país donde se inicia el proceso de fabricación.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

³⁾ DATOS DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE

3.1) Nombre y Apellido	Indique el nombre del Farmacéutico Patrocinante del Producto Farmacéutico.
3.2) Cédula de Identidad	Indique el número de la cédula de identidad del Farmacéutico Patrocinante.
3.3) N° Registro Ministerio	Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante en el actual Ministerio del Poder Popular para la Salud.
3.4) N° COLFAR	Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante en el Colegio de Farmacéuticos correspondiente.
3.5) N° INPREFAR	Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante en el Instituto de Previsión Farmacéutica.
3.6) Teléfono Oficina	Indique los números de contacto empresariales incluyendo el código de área, en los cuales se puede localizar al Farmacéutico Patrocinante.
3.7) Teléfono Celular	Indique el número telefónico móvil de contacto en el cual se puede localizar al Farmacéutico Patrocinante.
3.8) Correo Electrónico	Indique el correo electrónico en el cual se puede contactar al Farmacéutico Patrocinante.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

⁴⁾ DATOS DEL REPRESENTANTE

4.1) Razón Social:	<p>Indique el nombre con el que se encuentra registrada la empresa que fungirá como Casa de Representación en Venezuela, tal como aparece en el Registro Mercantil. Ejemplo: "Fabrica Internacional de Grapas y Clips La Primera, Compañía Anónima".</p> <p>Nota: La Denominación Social o Comercial: Se refiere al nombre con que se conoce comercialmente a la empresa. Ejemplo: "Grapas y Clips La Primera"; y las Siglas Se refiere a la abreviatura de la Razón Social. Ejemplo: "FIGYCLP, C.A.".</p>
4.2) N° de RIF:	<p>Indique el número de Registro Único de Información Fiscal (RIF), asignado a la Casa de Representación por el Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).</p> <p>Formato de la numeración: Letra-ocho dígitos-un dígito (X-00000000-0).</p>
4.3) Teléfonos:	Indique los números telefónicos de la Casa de Representación, incluya el número de fax.
4.4) Domicilio Fiscal:	<p>Indique el lugar en el que legalmente se ha establecido la Casa de Representación para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio de sus derechos.</p> <p>Formato de la dirección:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Calle, esquina, avenidas, sector o zona industrial.▪ Edificio, quinta, casa, local o galpón.▪ Piso, N° de oficina, N° de local o N° de galpón.▪ Urbanización, parroquia, municipio, ciudad y estado.
4.5) Correo Electrónico:	Indique el correo electrónico en el cual se puede contactar a la empresa Representante del Producto.

PARA USO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE Y DEL FUNCIONARIO RECEPTOR:

5) CAMBIO A REALIZAR

FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

<p>5.1) Nombre y Tipo de Cambio a Realizar:</p> <p>Patrocinante Adjunto Incorporar <input type="checkbox"/> Eliminar <input type="checkbox"/></p>	<p>Requisito para solicitar el trámite:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las demás condiciones indicadas y presentadas en la solicitud de registro sanitario deben continuar siendo las mismas. <p>Señale en el espacio correspondiente el trámite solicitado.</p>
<p>5.2) Recaudos que debe remitir:</p>	<p>Condiciones de los recaudos a remitir:</p> <p>Es responsabilidad del Farmacéutico Patrocinante garantizar que la información fue debidamente revisada, seleccionada y es suficiente para dar respuesta al requisito exigido, en caso de que se evidencie que la información anexa no cumpla con lo señalado y/o se trate de documentación que en lugar de clarificar, complique la solicitud, la misma será desincorporada del sistema inmediatamente.</p> <p>Los anexos deben presentarse ordenados, numerados, separados e identificados clara y correctamente, dentro de carpetas de fibra color marrón con gancho metálico, tamaño oficio con lomo resistente, identificada en su exterior con el nombre y el número de Registro Sanitario del producto.</p> <p>Los documentos deben legalizarse en las Oficinas Consulares del País de origen mediante la colocación de la Apostilla de la Haya o sellos húmedos del Consulado respectivo. En caso de encontrarse redactados en idioma extranjero, deben presentar adicionalmente su correspondiente traducción al español realizada por un Interprete Público, la misma debe legalizarse en las Oficinas Consulares del País de origen mediante la colocación de la Apostilla de la Haya o sellos húmedos del Consulado respectivo.</p> <p>Sólo se aceptará un máximo de 200 hojas por carpeta.</p> <p>No se recibirán las solicitudes de que no cumpla con estas condiciones.</p> <p>El Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel se reserva el derecho de solicitar información adicional.</p>
<p>1. Formulario de Solicitud de Registro</p>	<p>Anexe una (01) copia legible del F-RCDM-023 Solicitud para el Registro Nacional de Productos Farmacéuticos, F-RCPB-017 Solicitud para el Registro de Sanitario de Vacunas, F-RCPB-034 Solicitud para el Registro de Sanitario de Hemoderivados o Afines ó F-RCPB-035 Solicitud para el Registro de Sanitario de Productos ADN Recombinantes, Anticuerpos Monoclonales y Terapéuticos, según corresponda, presentado en el momento de formalizar la solicitud de registro, numerado, sellado y firmado por el Funcionario del INH"RR" en señal de "Admitido"</p>
<p>2. Copia del oficio emitido por el INH"RR" donde se reconoce o autoriza al Farmacéutico Patrocinante</p>	<p>Anexe una (01) reproducción legible del oficio emitido por la Autoridad Sanitaria Venezolana o del formulario correspondiente, sellado y firmado por el Funcionario Autorizado, donde se reconoce que el producto es Patrocinado por el Farmacéutico señalado en la solicitud del trámite.</p>
<p>3. Poder de Patrocinio del Farmacéutico Adjunto</p>	<p>Anexe una (01) copia legible del Poder otorgado por el Propietario o Representante del Producto, donde detalle las funciones que va a realizar el Farmacéutico Adjunto que asume. El documento debe señalar: el nombre correcto del Farmacéutico Adjunto, el número de cédula de identidad, número de registro en el actual Ministerio del Poder Popular para la Salud, número de Colegiación y número de inscripción en el Instituto de Previsión Farmacéutica.</p> <p>Debe ser específico para el tipo de producto farmacéutico objeto del trámite.</p>
<p>4. Notificación del cese de funciones</p>	<p>Anexe comunicación escrita emitida por el Farmacéutico Patrocinante, en la cual notifica la culminación de las funciones atribuida al Farmacéutico Adjunto descritas en el poder correspondiente.</p> <p>El documento debe señalar: el nombre correcto del Farmacéutico Adjunto, el número de cédula de identidad, número de registro en el actual Ministerio del Poder Popular para la Salud, número de Colegiación y número de inscripción en el Instituto de Previsión Farmacéutica.</p>
<p>5. Documentación Digitalizada</p>	<p>Digitalice el formulario una vez que haya completados los espacios correspondientes al Farmacéutico Patrocinante, en los puntos requeridos del N° 2 al 8, junto con todos los recaudos exigidos para solicitar el trámite, siguiendo el siguiente instructivo "Estructura del CD", publicado en la página web: www.inhrr.gob.ve, enlace Gerencia Sectorial de Registro y Control / Especialidades Farmacéuticas y Materiales Médicos/CD Especialidades Farmacéuticas, para Productos Biológicos digitalice cada uno de los anexos en archivos separados e identifíquelos con el nombre del anexo correspondiente.</p>

--

El CD debe estar identificado con el nombre del producto, el número de registro sanitario y el nombre de la solicitud que corresponde al cambio a realizar.

Es responsabilidad del Farmacéutico Patrocinante garantizar que la información contenida en el CD sea copia fiel y exacta de la información física remitida y aquellos documentos que deban ser escaneados permanezcan legibles y claros; en caso de evidenciarse discrepancias entre la información física y la información digitalizada, la solicitud de registro será desincorporada del sistema inmediatamente.

6. Comprobante del Depósito Bancario o Transferencia Electrónica
--

Anexe una (01) copia legible del comprobante del depósito bancario o transferencia electrónica efectuada. El pago debe realizarse de manera individual para cada trámite solicitado y producto.

• **FUNCIONARIO RECEPTOR:**

Para uso exclusivo del Funcionario Receptor		
C	NC	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale en la casilla destinada para tal fin, si el recaudo remitido se encuentra Conforme (C); No Conforme (NC) o No Aplica (NA) a la solicitud del trámite en cuestión, esta actividad debe aplicarse a cada recaudo individualmente.

En caso de encontrar una no conformidad en los recaudos remitidos, continúe la revisión del formulario, complete la información solicitada en el punto N°8, repita este procedimiento y escriba la misma información en la copia del formulario, devuelva la solicitud original al interesado y archive la copia en la carpeta correspondiente.

En caso de que la solicitud cumpla con todos los requisitos, repita este procedimiento y escriba la misma información en la copia del formulario, entregue al interesado la copia como acuse de recibo de la solicitud.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

6) DATOS DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE ADJUNTO QUE ASUME

6.1) Nombre y Apellido

Indique el nombre del Farmacéutico Patrocinante adjunto del Producto Farmacéutico.

6.2) Cédula de Identidad

Indique el número de la cédula de identidad del Farmacéutico Patrocinante adjunto.

6.3) N° Registro Ministerio

Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante adjunto en el actual Ministerio del Poder Popular para la Salud.

6.4) N° COLFAR

Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante adjunto en el Colegio de Farmacéuticos correspondiente.

6.5) N° INPREFAR

Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante adjunto en el Instituto de Previsión Farmacéutica.

6.6) Teléfono Oficina

Indique los números de contacto empresariales incluyendo el código de área, en los cuales se puede localizar al Farmacéutico Patrocinante adjunto.

6.7) Teléfono Celular

Indique el número telefónico móvil de contacto en el cual se puede localizar al Farmacéutico Patrocinante adjunto.

6.8) Correo Electrónico

Indique el correo electrónico en el cual se puede contactar al Farmacéutico Patrocinante adjunto.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

7) DATOS DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE ADJUNTO SALIENTE

7.1) Nombre y Apellido

Indique el nombre del Farmacéutico Patrocinante adjunto del Producto Farmacéutico.

7.2) Cédula de Identidad

Indique el número de la cédula de identidad del Farmacéutico Patrocinante adjunto.

7.3) N° Registro Ministerio

Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante adjunto en el actual Ministerio del Poder Popular para la Salud.

7.4) N° COLFAR

Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante adjunto en el Colegio de Farmacéuticos correspondiente.

7.5) N° INPREFAR

Indique el número de inscripción del Farmacéutico Patrocinante adjunto en el Instituto de Previsión Farmacéutica.

7.6) Teléfono Oficina	Indique los números de contacto empresariales incluyendo el código de área, en los cuales se puede localizar al Farmacéutico Patrocinante adjunto.
7.7) Teléfono Celular	Indique el número telefónico móvil de contacto en el cual se puede localizar al Farmacéutico Patrocinante adjunto.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

8) DECLARACIÓN JURADA

Yo, ^{8.1)} , portador de la Cédula de Identidad N° ^{8.2)} actuando en mi carácter de Farmacéutico Patrocinante, declaro que:

1. La información aquí suministrada correspondiente al producto ^{8.3)} , es absolutamente cierta y veraz.
2. La Empresa a la cual represento prestará toda su colaboración con el fin de comprobar cualquier información solicitada por el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel", durante el proceso de evaluación.

Firmado en Caracas el ^{8.4)} de ^{8.5)} de ^{8.6)}

FIRMA DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE

Complete con la siguiente información:

^{8.1)} **Indique el Nombre del Farmacéutico Patrocinante,.....**

^{8.2)} **Indique el número de la Cédula de Identidad del Farmacéutico Patrocinante.....**

^{8.3)} **Indique el nombre del producto. (Ver punto 2.1)**

^{8.4)} **Indique la fecha del día de la cita.**

^{8.5)} **Indique el mes correspondiente a la cita.**

^{8.6)} **Indique el año en el cual se realiza la solicitud.**

Formato de la numeración para los días: 00, dos dígitos.

Formato de la numeración para el año: 0000, cuatro dígitos.

Imprima su rúbrica manuscrita.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE:

9) TIMBRES FISCALES

Coloque en este espacio, por cada página contenida en el formulario un timbre fiscal de 0,02 U.T. inutilizado.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FUNCIONARIO RECEPTOR:

10) DATOS DE RECEPCIÓN

10.1) Fecha Recepción			Indique el día, mes y año en que recibe la solicitud, tanto el formulario original como en la copia del mismo. Formato de la numeración para los días: 00, dos dígitos. Formato de la numeración para el mes: 00, dos dígitos. Formato de la numeración para el año: 0000, cuatro dígitos.
Día	Mes	Año	
10.2) N° Recibo Deposito Bancario <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica <input type="checkbox"/>			Señale en la casilla correspondiente si el pago se realizó mediante un depósito bancario o una transferencia electrónica. Indique el número del recibo de depósito o de la transferencia, según sea el caso, tanto el formulario original como en la copia del mismo.
10.3) Monto Bs. / UT			Indique el monto en bolívares y Unidades Tributarias correspondiente al trámite solicitado, tanto el formulario original como en la copia del mismo. El pago debe realizarse de manera individual para cada solicitud y producto. Si el monto difiere de la tarifa establecida para el mismo en la Gaceta Oficial correspondiente, devuelva la solicitud al interesado, complete la información solicitada en el punto N°8, repita este procedimiento y escriba la misma información en la copia del formulario, devuelva la solicitud original al interesado y archive la copia en la carpeta correspondiente.
10.4) Observaciones			Escriba en este espacio las notas resultantes del procedimiento de recepción y preevaluación del formulario: Aceptación o Rechazo de la solicitud, No conformidades, cualquier otra información relevante al trámite o al interesado, tanto el formulario original como en la copia del mismo.
10.5) Recibido por			Indique el nombre y apellido del Funcionario Receptor, tanto el formulario original como en la copia del mismo.
10.6) Firma Receptor			Imprima su rúbrica manuscrita, tanto el formulario original como en la copia del mismo.
10.7) Sello			Coloque el sello húmedo de la Unidad que recibe la solicitud, tanto en el formulario original como en la copia del mismo.

Nota: Los espacios en blanco deben ser inutilizados con una línea continua.