

SOLICITUD DE CONSTANCIA DE FARMACOVIGILANCIA

1. Fecha: _____
(dd/mm/aaaa)

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
2.1 Nombre Comercial del Establecimiento:	
2.2 Razón Social del Establecimiento:	
2.3 No. de Licencia Sanitaria	

3. ESTATUS DE LA LICENCIA SANITARIA	
3.1 Vigente ()	3.2 Actualización ()

4. Si la Licencia Sanitaria del establecimiento se encuentra en Proceso de Actualización indicar fecha en que ingresó la solicitud al departamento:

Fecha: _____
(dd/mm/aaaa)

5. Nombre y Firma Responsable de
Farmacovigilancia

6. Nombre y Firma
Representante Legal

7. Sello del Establecimiento

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Recomendaciones Generales:

- Llenar el formato sin tachones, ni correcciones, de forma electrónica o a mano de forma legible.
- No dejar espacios en blanco; en caso de que un campo no aplique, escribir “No Aplica”.
- Para proceder con la emisión del Certificado de Farmacovigilancia, es indispensable contar con la totalidad de la información solicitada.

Campo	Instrucción de llenado Observaciones
1. Fecha	Escribir la fecha de presentación del formulario. Utilizar formato día/mes/año .
2.1 Nombre Comercial del Establecimiento	Indicar el nombre que se encuentra consignado en la Licencia Sanitaria Escribir completo, sin abreviaturas.
2.2 Razón Social del Establecimiento	Indicar la razón social legal registrada del establecimiento. Copiar tal como aparece en la Licencia Sanitaria
2.3 Número de Licencia Sanitaria	Escribir el número de licencia sanitaria vigente otorgada por el MSPAS. Revisar que sea correcto y esté vigente.
3.1 Estatus de Licencia – Vigente	Marcar con una X si la Licencia Sanitaria está activa. Marcar con una X si la Licencia Sanitaria se encuentra en proceso de actualización. Solo seleccionar una opción. Marcar con una X en caso que la Licencia Sanitaria tenga una modificación, por ejemplo: cambio de dirección, cambio del Representante Legal, etc.
3.2 Estatus de Licencia – Actualización	Marcar con una X en la opción de Actualización , en caso que la Licencia Sanitaria se encuentre en proceso de modificación, por ejemplo: cambio de dirección, cambio del Representante Legal, etc.
4. Fecha de Solicitud de Actualización	Escribir la fecha exacta en que se ingresó la solicitud de actualización al Departamento de Regulación. Llenar solamente si se marcó la casilla 3.2. Utilizar formato día/mes/año .
5. Nombre y Firma del Responsable de Farmacovigilancia*	Firmar de manera autógrafa en el espacio correspondiente. La firma debe ser del Responsable de Farmacovigilancia registrado ante el PNFV
6. Nombre y Firma del Representante Legal*	Firmar de manera autógrafa en el espacio asignado. Verificar que corresponda al representante legal autorizado ante el DRCPFA.
7. Sello del Establecimiento	Colocar el sello registrado del establecimiento

*En las casillas 5 y 6 puede firmar y sellar uno o ambos.