

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