|  |  |
| --- | --- |
| **DPCS N°:** |  **/**   |
| **DPCA N°:** |  |
| **Fecha de Recepción:** |  / /  |
| **Vía de Ingreso:** |  Dirección Nacional Dirección competente  Otro:............................. |

1. **Datos del establecimiento denunciado (o Producto/Persona implicada)**
* Nombre del establecimiento/Empresa/Persona denunciada:
	+ **Actividad/Rubro:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Farmacia Externa.  Farmacia Interna.  Comercializadora. Venta en redes sociales.  Distribuidora. |  Importadora/Exportadora.  Laboratorio de producción.  Establecimiento Alimenticio.  Profesional de Salud. Otro:  |

**Dirección:**

|  |
| --- |
| **Calle:** |
| **Ciudad/Barrio:** |
| **Departamento:** |
| **Teléfono:** |
| **Correo Electrónico (si se conoce):** |
| **Plataforma Digital:** Instagram  Facebook  WhatsApp  Página Web Otros:  |
| **Observaciones generales:** |

* + **Producto o servicio denunciado:**

|  |
| --- |
| Marca/Nombre: |
| Lote/Serie: |
| Presentación: |

* + **Resumen breve del motivo de la denuncia:**

(Indicar nombre del producto, marca, lote, fecha de vencimiento, establecimiento denunciado, hechos ocurridos, etc.)

1. **Datos del Denunciante**

|  |
| --- |
| **Nombre y Apellido:** |
| **Cédula de identidad N°:** |
| **Sexo:** |
| **Edad:** |
| **Empresa (si corresponde):** |
| **Dirección:** |
| **Ciudad:** |
| **Teléfono:** |
| **Correo electrónico:** |

1. **Vía de Recepción de la denuncia**

 Nota física ingresada oficialmente (con identificación).  Sobre sellado (sin identificación, anónimo).

 Denuncia verbal presencial.  Llamada Telefónica.

 Página Web Dinavisa.

 Correo electrónico institucional.

 Redes sociales (especificar):  Canal Interinstitucional (especifique entidad):  Memorándum interno Dinavisa.

**(\*) Observaciones: Anexar Nota. Fax o E-Mail si corresponde.**

1. **Adjuntos que acompañan la denuncia**

(Marque los documentos adjuntos)  Muestra del producto.

 Boleta/factura de compra.  Fotografías.

 Registros audiovisuales.  Folleto de Información.

 Otros (especificar):

1. **Naturaleza que da origen a la denuncia (Marque una o más opciones):**
2. **PRODUCTOS SANITARIOS Y AFINES**

 Falta de presencia del profesional responsable (Químico Farmacéutico).  Producto Sanitario sin Registro Sanitario vigente.

 Producto Sanitario sin identificación de lote, fecha de vencimiento o etiquetado reglamentario.

 Ausencia de libros reglamentarios (recetario, estupefacientes y psicotrópicos).

 Venta de medicamentos sin receta médica.

 Venta ilegal de medicamentos a través de internet/plataformas no habilitadas (Art. 41 y 52).

 Presunta falsificación o adulteración de medicamentos.

 Medicamento vencido, muestra médica o de uso exclusivo institucional.  Publicidad y promoción sin autorización expresa de DINAVISA.

 Venta de medicamentos a precios superiores a los establecidos por la Autoridad Sanitaria.

 Establecimiento cerrado en horario habilitado al público.  Funcionamiento sin habilitación sanitaria DINAVISA.

 Funcionamiento sin BPFyC, BPAyD.

 Denuncia sobre calidad del medicamento/reacciones adversas.

1. **ESTABLECIMIENTOS Y PRODUCTOS ALIMENTICIOS**

 Producto alimenticio sin registro Sanitario RSPA.

 Establecimiento sin Registro de Establecimiento RE.  Malas condiciones sanitarias del establecimiento.

 Malas condiciones de higiene del personal.

 Alimento vencido, en mal estado o contaminado.  Etiquetado incorrecto, engañoso o inexistente.

 Condiciones inadecuadas de transporte, conservación o almacenamiento.  Otro (especifique): …………………………………………………………………

1. **Acción inicial según Evaluación de Riesgo: (Clasificar una vez realizado el análisis de Riesgo)**

 Acción inmediata.  Acción mediata.

 Acción programada.  No procede.

**Dependencias a intervenir:**......................................................................................

**Memorándum solicitado:**

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si |  No | N°………………………… |

**Requiere reunión Técnica:**

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si |  No | Fecha:............................. |

**Se firmó el FOR-CAL-11 (confidencialidad):**

****

|  |  |
| --- | --- |
| Si |  No |

1. **Intervenciones a ser encaminadas**

(Inspección, toma de muestra, consulta de registros, intercambio interinstitucional, etc)

 Consulta.

 Acompañamiento a otras instituciones.  Denuncia Policia Nacional.

 Denuncia Ministerio Público.

1. **Seguimiento y cierre**

|  |
| --- |
| **Coordinador Técnico Interviniente:** |
| **Dependencias participantes:** |
| **Punto focal designado:** |  |
| **Derivado de Asuntos legales:** |  **Si** |  **No** | **Fecha:...........................** |
| **Difusión pública requerida:** |  **Si** |  **No** | **Canal:............................** |
| **Informe final registrado en FOR-DGV-009:** |  **Si** |  **No** |

1. **Nota de Respuesta al Denunciante**

Contenido:

Medio de notificación:  E-mail.

 Telefónica.  Nota escrita.  otro.

Fecha de Respuesta: ………………………………………………………………………

1. **Archivo y Digitalización**

 Documentación archivada en físico.

 Documentación escaneada y subida al drive compartido.

 Responsable del archivo:.................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………….****Evaluador Técnico** | **……………………………………….****Jefe Inmediato Postcomercialización** |