

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones Farmacovigilancia

### SOLICITUD DE PERMISO DE TRASLADO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

| FECHA DE SOLICITUD |         |         | 04. N° DE SOLICITUD |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 01. DIA            | 02. MES | 03. AÑO |                     |

05. TIPO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN

PREPARACIONES DE MEZCLAS PARENTERALES

UNIDOSIS SÓLIDOS

UNIDOSIS LÍQUIDOS

**A.- DATOS DEL (LA) REGENTE AUTORIZADO(A)**

|                                  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| 06. APELLIDOS                    |  | 07. NOMBRES                            |  | 08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD<br><input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |
| 09. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. |  | 10. PROFESIÓN                          |  |  |  |
| 11. N° DE TELÉFONO               |  | 12. N° DE TELÉFONO MOVIL (OBLIGATORIO) |  | 13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO  |  |

**B.- DATOS DEL SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DÓSIS UNITARIA**

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

15. OBJETO SOCIAL

16. N° DE RIF

**DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL**

|              |  |                     |  |                 |         |         |
|--------------|--|---------------------|--|-----------------|---------|---------|
| 17. REGISTRO |  | 18. CIRCUNSCRIPCIÓN |  |                 |         |         |
| 19. TOMO     |  | 20. NÚMERO          |  | PROTOCOLIZACIÓN |         |         |
|              |  |                     |  | 21. DÍA         | 22. MES | 23. AÑO |

**MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL**

| 24. REGISTRO | 25. CIRCUNSCRIPCIÓN | 26. TOMO | 27. NÚMERO | PROTOCOLIZACIÓN |         |         | 31. MODIFICACIÓN |
|--------------|---------------------|----------|------------|-----------------|---------|---------|------------------|
|              |                     |          |            | 28. DÍA         | 29. MES | 30. AÑO |                  |
|              |                     |          |            |                 |         |         |                  |
|              |                     |          |            |                 |         |         |                  |
|              |                     |          |            |                 |         |         |                  |
|              |                     |          |            |                 |         |         |                  |
|              |                     |          |            |                 |         |         |                  |

**PROPIETARIO(S)**

|               |  |             |  |  |  |
|---------------|--|-------------|--|--|--|
| 32. APELLIDOS |  | 33. NOMBRES |  | 34. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD<br><input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |
|               |  |             |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -                                  |  |
|               |  |             |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -                                  |  |

**DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO**

|  |  |            |  |               |  |                      |         |         |
|--|--|------------|--|---------------|--|----------------------|---------|---------|
| 35. DOCUMENTO PRESENTADO<br><input type="checkbox"/> PATENTE<br><input type="checkbox"/> SOLICITUD |  | 36. NÚMERO |  | 37. ACTIVIDAD |  | FECHA DE VENCIMIENTO |         |         |
|  |  |            |  |               |  | 38. DÍA              | 39. MES | 40. AÑO |



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones Farmacovigilancia

|   |                         |  |                         |  |                              |
|---|-------------------------|--|-------------------------|--|------------------------------|
| 41. ESTADO OTORGANTE  |                         |  | 42. MUNICIPIO OTORGANTE |  |                              |
| 43. TIPO DE EMPRESA<br><input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA |                         | 44. TENENCIA DEL LOCAL<br><input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO |                         |  |                              |
| 45. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO-ASISTENCIAL DONDE FUNCIONARÁ EL SERVICIO  |                         |  |                         |  | 46. N° DE REGISTRO SANITARIO |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO  |                         |  |                         |  |                              |
| 47. ESTADO  |                         | 48. MUNICIPIO  |                         | 49. CIUDAD /POBLACIÓN                      |                              |
| DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO   |                         |  |                         |  |                              |
| 50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL   |                         | 51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA   |                         | 52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN            |                              |
| 53. PISO/PLANTA/LOCAL   | 54. PUNTO DE REFERENCIA |  |                         |  | 55. . CÓDIGO POSTAL          |
| 56. N° DE TELÉFONO  | 57. N° DE FAX           | 58. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO  |                         | 59. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB |                              |

**C.- OBSERVACIONES DEL REGENTE SOLICITANTE**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ actuando en mi carácter de Solicitante, ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, declaro bajo juramento que reconozco, acepto y cumplo con todas las normas sanitarias que competen al tipo de permiso que estoy solicitando al **SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA (SACS)**, así mismo doy fe de que el contenido total de la información suministrada, así como los documentos respectivos, son absolutamente ciertos y veraces. A la vez manifiesto que poseo todos los requisitos necesarios para solicitar este permiso y prestaré toda colaboración y facilitaré los recaudos que requiera el **SACS** al momento de realizar la inspección pertinente

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| PULGAR<br>IZQUIERDO | PULGAR<br>DERECHO |
|                     |                   |

**FIRMA DEL (LA) REGENTE SOLICITANTE**

**D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| 60. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO           |   | 61. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE: |  |
|   | - |                                 |  |
| 62. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A) |   |                                 |  |
|   |   |                                 |  |

F.12-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones Farmacovigilancia

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FOMULARIO SOLICITUD DE PERMISO DE TRASLADO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA

Indique en el formulario la información siguiente:

|    |  |
|----|--|
| 01 | <b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.                      |
| 02 | <b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.                      |
| 03 | <b>AÑO.-</b> CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.                      |
| 04 | <b>NÚMERO DE SOLICITUD.-</b> NÚMERO DE CONTROL INTERNO.                              |
| 05 | <b>TIPO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN.-</b> INDICAR EL TIPO DE PREPARACIÓN A REALIZAR. |

### A.- DATOS DEL REGENTE AUTORIZADO(A)

|    |   |
|----|---|
| 06 | <b>APELLIDOS</b> COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO   |
| 07 | <b>NOMBRES</b> COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO.  |
| 08 | <b>Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD.-</b> RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.                              |
| 09 | <b>NO. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA. |
| 10 | <b>PROFESIÓN.-</b> EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.  |
| 11 | <b>Nº DE TELÉFONO.-</b> DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).   |
| 12 | <b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL.-</b> DONDE LOCALIZARLO(A).   |
| 13 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.-</b> DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.   |

### B.- DATOS DEL SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DÓISIS UNITARIA

|    |   |
|----|---|
| 14 | <b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.-</b> DE ACUERDO AL REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE                                      |
| 15 | <b>OBJETO SOCIAL.-</b> DE ACUERDO AL REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE PARA EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO A TRASLADAR. |
| 16 | <b>Nº DE RIF.-</b> ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL REGISTRO SANITARIO EN EL M.P.P.S.  |
| 17 | <b>REGISTRO.-</b> CORRESPONDE AL TIPO DE REGISTRO DE LA EMPRESA.  |
| 18 | <b>CIRCUNSCRIPCIÓN.-</b> INDICAR EL LUGAR DONDE FUE REALIZADO EL REGISTRO MERCANTIL.  |
| 19 | <b>TOMO.-</b> CORRESPONDE AL CÓDIGO EN EL QUE QUEDO REGISTRADO LA EMPRESA.  |
| 20 | <b>NUMERO.</b> ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.   |

### PROTOCOLIZACIÓN

|    |   |
|----|---|
| 21 | <b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 22 | <b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 23 | <b>AÑO.-</b> CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO  |

### MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

|    |  |
|----|--|
| 24 | <b>REGISTRO.-</b> CORRESPONDE AL TIPO DE REGISTRO DE LA EMPRESA.                     |
| 25 | <b>CIRCUNSCRIPCIÓN.-</b> INDICAR EL LUGAR DONDE FUE REALIZADO EL REGISTRO MERCANTIL. |
| 26 | <b>TOMO.-</b> CORRESPONDE AL CÓDIGO EN EL QUE QUEDO REGISTRADO LA EMPRESA.           |
| 27 | <b>NUMERO.-</b> ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO              |
| 28 | <b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZO LA MODIFICACIÓN                    |
| 29 | <b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES EN EL QUE FUE REALIZADA LA MODIFICACIÓN              |
| 30 | <b>AÑO.-</b> CORRESPONDE EL AÑO EN EL QUE FUE REALIZADA LA MODIFICACIÓN.             |
| 31 | <b>MODIFICACIÓN.-</b> INDIQUE LA REALIZADA AL REGISTRO MERCANTIL                     |

### PROPIETARIO(S)

|    |  |
|----|--|
| 32 | <b>APELLIDOS.-</b> CORRESPONDE AL O LOS APELLIDOS DE LOS PROPIETARIOS DE LA EMPRESA.                 |
| 33 | <b>NOMBRES.-</b> CORRESPONDE A LOS NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS DE LA EMPRESA                         |
| 34 | <b>CEDULA DE IDENTIDAD.-</b> INDIQUE LA CEDULA DE IDENTIDAD DE CADA UNO DE LOS DUEÑOS DE LA EMPRESA. |



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones Farmacovigilancia

**DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO**

|    |  |
|----|--|
| 35 | <b>DOCUMENTO PRESENTADO.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE, FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA.   |
| 36 | <b>NÚMERO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA.   |
| 37 | <b>ACTIVIDAD.-</b> SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE ACUERDO AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO A REGISTRAR. EN CASO DE PRESENTAR LA FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 38 | <b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.   |
| 39 | <b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.   |
| 40 | <b>AÑO.-</b> CORRESPONDE AL AÑO DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.   |
| 41 | <b>ESTADO OTORGANTE.-</b> CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.   |
| 42 | <b>MUNICIPIO OTORGANTE.-</b> CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.   |
| 43 | <b>TIPO DE EMPRESA.-</b> EN ESTA CASILLA DEBE TILDAR SI LA EMPRESA ES PRIVADA, PÚBLICA O CORRESPONDE A UNA COOPERATIVA.  |
| 44 | <b>TENENCIA DEL LOCAL.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.  |
| 45 | <b>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO-ASISTENCIAL.-</b> DONDE FUNCIONARÁ EL SERVICIO.   |
| 46 | <b>REGISTRO SANITARIO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE REGISTRO OTORGADO DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR UNIDOSIS.  |

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO**

|    |  |
|----|--|
| 47 | <b>ESTADO.-</b> CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.  |
| 48 | <b>MUNICIPIO.-</b> CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.  |
| 49 | <b>CIUDAD/POBLACIÓN.-</b> CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.                            |
| 50 | <b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.-</b> EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.   |
| 51 | <b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ ESQUINA.-</b> CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS. |
| 52 | <b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.-</b> CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.        |
| 53 | <b>PISO/PLANTA/LOCAL.-</b> CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.                            |
| 54 | <b>PUNTO DE REFERENCIA.-</b> CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.                  |
| 55 | <b>CÓDIGO POSTAL.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA EL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.                    |
| 56 | <b>Nº DE TELÉFONO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS. <b>(FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).</b>          |
| 57 | <b>NÚMERO DE FAX.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.  |
| 58 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.-</b> CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.                    |
| 59 | <b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.-</b> CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE UNIDOSIS.                       |



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones Farmacovigilancia

**C.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE SOLICITANTE**

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL (LA) REGENTE SOLICITANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD

**DECLARACIÓN JURADA** EL (LA) REGENTE SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS. EL (LA) REGENTE DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE PERMISO SANITARIO (TRASLADO).

**D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE.** - DEBE SER LLENADO SOLAMENTE POR EL FUNCIONARIO(A) AUTORIZADO(A) DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES Y FARMACOVIGILANCIA EN LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD.

|    |  |
|----|--|
| 60 | NUMERO DE PERMISO SANITARIO            |
| 61 | FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE             |
| 62 | OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A). |

F.12-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022