

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. DÍA	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 <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
09. N° DE MATRICULA 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				
				<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		36. NÚMERO		37. ACTIVIDAD		FECHA DE VENCIMIENTO		
<input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD						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 <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA			44. TENENCIA DEL LOCAL <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 IZQUIERDO	PULGAR 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	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
02	MES. - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
03	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
04	NÚMERO DE SOLICITUD. - NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
05	TIPO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN. - INDICAR EL TIPO DE PREPARACIÓN A REALIZAR.

A.- DATOS DEL REGENTE AUTORIZADO(A)

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

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

14	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL. - 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	OBJETO SOCIAL. - 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	Nº DE RIF. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL REGISTRO SANITARIO EN EL M.P.P.S.
17	REGISTRO. - CORRESPONDE AL TIPO DE REGISTRO DE LA EMPRESA.
18	CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR EL LUGAR DONDE FUE REALIZADO EL REGISTRO MERCANTIL.
19	TOMO. - CORRESPONDE AL CÓDIGO EN EL QUE QUEDO REGISTRADO LA EMPRESA.
20	NUMERO. ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

PROTOCOLIZACIÓN

21	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
22	MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
23	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO

MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

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

PROPIETARIO(S)

32	APELLIDOS. -CORRESPONDE AL O LOS APELLIDOS DE LOS PROPIETARIOS DE LA EMPRESA.
33	NOMBRES. - CORRESPONDE A LOS NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS DE LA EMPRESA
34	CEDULA DE IDENTIDAD. - 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	DOCUMENTO PRESENTADO.- 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	NÚMERO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA.
37	ACTIVIDAD.- 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	DÍA.- 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	MES.- 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	AÑO.- 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	ESTADO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
42	MUNICIPIO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
43	TIPO DE EMPRESA.- EN ESTA CASILLA DEBE TILDAR SI LA EMPRESA ES PRIVADA, PÚBLICA O CORRESPONDE A UNA COOPERATIVA.
44	TENENCIA DEL LOCAL.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.
45	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO-ASISTENCIAL.- DONDE FUNCIONARÁ EL SERVICIO.
46	REGISTRO SANITARIO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE REGISTRO OTORGADO DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUNCIONARA EL SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR UNIDOSIS.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO

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