

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

### SOLICITUD DE CIERRE DE ESTABLECIMIENTOS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

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

05.TIPO DE SOLICITUD	<input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/> CIERRE DEFINITIVO
06.TIPO DE ESTABLECIMIENTO:		
<input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE COSMÉTICOS	
<input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE REPELENTE DE INSECTOS DE USO TOPICO.		
<input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MATERIAS PRIMAS	
<input type="checkbox"/> IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE COSMETICOS	<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS	
<input type="checkbox"/> IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TOPICO	<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA	
<input type="checkbox"/> ALMACÉN PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> ALMACÉN SECUNDARIO	<input type="checkbox"/> ALMACENADORAS

#### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

07.NÚMERO DE PERMISO SANITARIO										08.NOMBRE O RAZÓN SOCIAL														
09.OBJETO SOCIAL																								
10.N° DE RIF										REGISTRO PERMISO EN EL M.P.P. S														
					11.N° DE OFICIO					12. D IA					13. MES					14. AÑO				

#### B.- DATOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15. APELLIDOS										16. NOMBRES										17.N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD									
																				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E-									
18. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.										19. PROFESIÓN																			
20. N° DE TELÉFONO										21. N° DE TELÉFONO MÓVIL										22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO									

#### C.- OTROS DATOS DE LASOLICITUD

PROPIETARIO(S) DEL ESTABLECIMIENTO																																							
23. APELLIDOS										24. NOMBRES										25. 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-																			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO																																							
26. ESTADO										27. MUNICIPIO										28. CIUDAD/POBLACIÓN																			
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO																																							
29. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL										30. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA										31. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN																			
32. PISO/PLANTA/LOCAL										33. PUNTO DE REFERENCIA										34. CÓDIGO POSTAL																			
35. N° DE TELÉFONO										36. N° DE FAX										37. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO										38. PÁGINA WEB									



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

**D.- MOTIVO DE LA SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO**

39. DESCRIPCIÓN DE LA SUSPENSIÓN O CIERRE

**E- OBSERVACIONES DEL (LA) FARMACEUTICO(A) 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) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE**

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

40. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

41. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)

F.25-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE CIERRE DE ESTABLECIMIENTOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

1.	<b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
2.	<b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
3.	<b>AÑO.-</b> CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
4.	<b>NÚMERO DE SOLICITUD.-</b> CORRESPONDE A NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
5.	<b>TIPO DE SOLICITUD.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE EL TIPO DE SOLICITUD.
6.	<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

7.	<b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD.
8.	<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.
9.	<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.
10.	<b>Nº DE RIF.-</b> ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
11.	<b>NÚMERO DE OFICIO.</b> EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
12.	<b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
13.	<b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
14.	<b>AÑO.-</b> CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

### B.-DATOS DEL(LA) FARMACEUTICO (A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15.	<b>APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE</b>
16.	<b>NOMBRES COMPLETOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE</b>
17.	<b>Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD.-</b> RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A)</b> (V) O, <b>EXTRANJERO(A)</b> (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
18.	<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 CONTRALORIA SANITARIA.
19.	<b>PROFESIÓN.-</b> EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
20.	<b>Nº DE TELÉFONO.-</b> DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
21.	<b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL.-</b> DONDE LOCALIZARLO(A).
22.	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.-</b> DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

### C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

#### PROPIETARIO(S) DEL ESTABLECIMIENTO

23.	<b>APELLIDOS.-</b> EL O LOS APELLIDOS DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
24.	<b>NOMBRES.-</b> EL O LOS NOMBRES DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.

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

25.	<b>No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD.-</b> RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO (A) (V)</b> O <b>EXTRANJERA(A) (E)</b> Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
-----	--

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO**

26.	<b>ESTADO.-</b> CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
27.	<b>MUNICIPIO.-</b> CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
28.	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.-</b> CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

**DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

29.	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.-</b> CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
30.	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.-</b> CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
31.	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.-</b> CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
32.	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.-</b> CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
33.	<b>PUNTO DE REFERENCIA.-</b> CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.
34.	<b>CÓDIGO POSTAL.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
35.	<b>No. DE TELÉFONO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
36.	<b>No. DE FAX.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.
37.	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.-</b> CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.
38.	<b>PÁGINA WEB.-</b> CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO.

**D.-MOTIVO DE LA SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO**

39	EL FARMACEUTICO SOLICITANTE DEBE INDICAR LOS MOTIVOS O CAUSAS DE LA SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO
----	---

**E.- OBSERVACIONES DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE**

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

**DECLARACIÓN JURADA,** EL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO.

**F. 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.

40	<b>FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.</b>
41	<b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).</b>

F.25-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

