

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

SOLICITUD DE PERMISO DE TRASLADO DE LABORATORIOS FABRICANTES O ACONDICIONADORES EN EMPAQUES PRIMARIOS Y/O SECUNDARIOS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, HOMEOPÁTICOS, REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO O COSMÉTICOS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD			04.Nº DE SOLICITUD
01.DIA	02.MES	03.AÑO	

05.TIPOS DE PRODUCTOS A FABRICAR O ACONDICIONAR

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS
 PRODUCTOS NATURALES
 PRODUCTOS COSMÉTICOS
 PRODUCTOS BIOLÓGICOS
 REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO
 FÓRMULAS MAGISTRALES
 RADIOFARMACO
 HOMEOPÁTICO
 FÓRMULAS OFICINALES
 GASES MEDICINALES
 OTROS

A.- DATOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) AUTORIZADO(A)

06.APELLIDOS		07.NOMBRES		08.Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
09. Nº DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.			10. PROFESIÓN		
11. Nº DE TELÉFONO		12. Nº DE TELÉFONO MOVIL		13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

B.- DATOS DEL LABORATORIO FABRICANTE O DE LA EMPRESA ACONDICIONADORA

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					
15. OBJETO SOCIAL					16.Nº DE RIF
NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA					
17. ESTADO		18. MUNICIPIO		19. CIUDAD /POBLACIÓN	
DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA					
20. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		21. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
23. PISO/PLANTA/LOCAL	24. PUNTO DE REFERENCIA				25. CÓDIGO POSTAL
26. Nº DE TELÉFONO	27. Nº DE FAX	28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		29. PÁGINA WEB	
NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN					
30. ESTADO		31. MUNICIPIO		32. CIUDAD /POBLACIÓN	
DIRECCIÓN DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN					
33. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		34. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		35. EDIFICIO/GALPÓN	
36. PISO/PLANTA/LOCAL	37. PUNTO DE REFERENCIA				38. CÓDIGO POSTAL
39. Nº DE TELÉFONO	40. Nº DE FAX	41. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		42. PÁGINA WEB	



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

NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)		
43. ESTADO	44. MUNICIPIO	45. CIUDAD /POBLACIÓN
DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)		
46. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	47. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	48. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
49. PISO/PLANTA/LOCAL	50. PUNTO DE REFERENCIA	51. CÓDIGO POSTAL
52. N° DE TELÉFONO	53. N° DE FAX	54. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
55. OPERACIONES DE MANUFACTURA A REALIZAR <input type="checkbox"/> FABRICACIÓN <input type="checkbox"/> ACONDICIONAMIENTO PRIMARIO <input type="checkbox"/> ACONDICIONAMIENTO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> CONTROL DE CALIDAD <input type="checkbox"/> ALMACENAMIENTO		56. OTRAS ACTIVIDADES A REALIZAR <input type="checkbox"/> DISTRIBUCIÓN <input type="checkbox"/> IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
57. PRODUCTOS A ELABORAR <input type="checkbox"/> ESTÉRILES <input type="checkbox"/> NO ESTÉRILES	58. PRODUCTOS ALTAMENTE SENSIBILIZANTES <input type="checkbox"/> CEFALOSPORINAS Y SUS DERIVADOS <input type="checkbox"/> HORMONAS <input type="checkbox"/> SUSTANCIAS CITOTÓXICAS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS SUMAMENTE ACTIVOS <input type="checkbox"/> PENICILINAS Y SUS DERIVADOS	
59. FORMAS FARMACÉUTICAS O COSMÉTICAS DE LOS PRODUCTOS A ELABORAR O ACONDICIONAR: <input type="checkbox"/> LÍQUIDA <input type="checkbox"/> SÓLIDA <input type="checkbox"/> SEMISÓLIDA <input type="checkbox"/> GASEOSA <input type="checkbox"/> PARCHES		

C.- OBSERVACIONES DEL (LA)FARMACÉUTICO(A) REGENTE/DIRECTOR(A) TECNICO(A)

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

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 O DIRECTOR(A) TECNICO(A)

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

60. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO	61. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:										
<table border="1"><tr><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		-									
	-										
62. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A):											

F.07-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO DE TRASLADO DE LABORATORIOS FABRICANTES O ACONDICIONADORES EN EMPAQUES PRIMARIOS Y/O SECUNDARIOS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, HOMEOPÁTICOS, REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO O COSMÉTICOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

1.	DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
2.	MES. - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
3.	AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
4.	NÚMERO DE SOLICITUD. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
5.	TIPOS DE PRODUCTOS A FABRICAR O ACONDICIONAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE.
A.- DATOS DEL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TÉCNICO(A) AUTORIZADO(A)	
6.	APELLIDOS COMPLETOS DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO.
7.	NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO.
8.	Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RELLENAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
9.	No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. - CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORIA 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 LABORATORIO FABRICANTE O DE LA EMPRESA ACONDICIONADORA	
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 UN LABORATORIO O EMPRESA ACONDICIONADORA EN EMPAQUES SECUNDARIOS.
16.	Nº DE RIF. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA	
17.	ESTADO. - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
18.	MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
19.	CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA	
20.	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
21.	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
22.	EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
23.	PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
24.	PUNTO DE REFERENCIA. - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.

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

25.	CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
26.	Nº DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
27.	NÚMERO DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
28.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.
29.	PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA.

NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN

30.	ESTADO.- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
31.	MUNICIPIO.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
32.	CIUDAD/POBLACIÓN.- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.

DIRECCIÓN DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN

33.	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN /SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
34.	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
35.	EDIFICIO/GALPÓN, CORRESPONDE AL EDIFICIO/ GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN
36.	PISO/PLANTA/LOCAL.- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
37.	PUNTO DE REFERENCIA.- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
38.	CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
39.	Nº DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
40.	NÚMERO DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
41.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA.
42.	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA Web.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA

NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)

43.	ESTADO.- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
44.	MUNICIPIO.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
45.	CIUDAD/POBLACIÓN.- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.

DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)

46.	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
47.	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
48.	EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.

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

49.	PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
50.	PUNTO DE REFERENCIA. - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
51.	CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
52.	Nº DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
53.	NÚMERO DE FAX. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
54.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA.
55.	OPERACIONES DE MANUFACTURA A REALIZAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA(S) OPERACIÓN(ES) A REALIZAR EN LA EMPRESA QUE SE REGISTRARÁ. EN EL CASO DE FÓRMULAS OFICINALES Y MAGISTRALES TILDAR (SEÑALAR) PREPARACIÓN.
56.	OTRAS ACTIVIDADES A REALIZAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA(S) ACTIVIDAD(ES) A REALIZAR EN LA EMPRESA QUE SE REGISTRARÁ.
57.	PRODUCTOS A ELABORAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LOS PRODUCTOS A ELABORAR EN LA EMPRESA FABRICANTE QUE SE REGISTRARÁ. EN CASO DE EMPRESAS ACONDICIONADORAS EN EMPAQUES SECUNDARIOS ESTE NUMERAL NO APLICA.
58.	PRODUCTOS ALTAMENTE SENSIBILIZANTES. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LOS PRODUCTOS ALTAMENTE SENSIBILIZANTES A ELABORAR EN LA EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS. EN CASO DE EMPRESAS FABRICANTES DE COSMÉTICOS O FARMACÉUTICOS QUE NO MANUFACTURARÁN ESTOS PRODUCTOS, ESTE NUMERAL NO APLICA.
59.	FORMAS FARMACEUTICAS O COSMÉTICAS DE LOS PRODUCTOS A ELABORAR O ACONDICIONAR. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LAS FORMAS FARMACEUTICAS O COSMÉTICAS A MANUFACTURAR.

C. OBSERVACIONES DEL FARMACEUTICO(A) REGENTE/DIRECTOR(A) TECNICO(A)

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL (LA) REGENTE/DIRECTOR(A) TECNICO(A) TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.

DECLARACIÓN JURADA EL REGENTE/DIRECTOR TECNICO DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO.

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.	NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL CENTRAL).
61.	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
62.	OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).

F.07-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022