

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. DIA		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 LA SOLICITUD

PROPIETARIO(S) DEL ESTABLECIMIENTO										
23. APELLIDOS				24. NOMBRES				25. N.º 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		

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

35. N° DE TELÉFONO	36. N° DE FAX	37. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	38. PÁGINA WEB
--------------------	---------------	-------------------------------------	----------------

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:



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

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

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

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

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

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

DE SU INTERÉS.

C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

PROPIETARIO(S) DEL ESTABLECIMIENTO

23. **APELLIDOS.-** EL O LOS APELLIDOS DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.

24. **NOMBRES.-** EL O LOS NOMBRES DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.

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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO

26. **ESTADO.-** CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

27. **MUNICIPIO.-** CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

28. **CIUDAD/POBLACIÓN.-** CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

29. **URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.-** CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

30. **AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.-** CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

31. **EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.-** CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

32. **PISO/PLANTA/LOCAL.-** CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

33. **PUNTO DE REFERENCIA.-** CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.

34. **CÓDIGO POSTAL.-** CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

35. **No. DE TELÉFONO.-** CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. (FAVOR INCLUIR EL **CÓDIGO DE ÁREA**).

36. **No. DE FAX.-** CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.

37. **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.-** CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.

38. **PÁGINA WEB.-** 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

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

LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS,
NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD.

40	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
41	OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).

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