

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control

## 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	<input type="checkbox"/> PREPARACIONES DE MEZCLAS PARENTERALES <input type="checkbox"/> UNIDOSIS SÓLIDOS <input type="checkbox"/> 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 DOSIS 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 -	

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO					
35. DOCUMENTO PRESENTADO <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD	36. NÚMERO	37. ACTIVIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO		
			38. DÍA	39. MES	40. AÑO
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

## 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 COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO</b>
07	<b>NOMBRES COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO.</b>
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.

**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 Inspección, Vigilancia y Control

**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