

**SOLICITUD DE PERMISO DE TRASLADO DE ALMACENES PRINCIPALES Y AUXILIARES DE CASAS DE REPRESENTACION, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS COSMETICOS, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO Y LABORATORIOS FABRICANTES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PRODUCTOS COSMÉTICOS**

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

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

05. TIPO DE ESTABLECIMIENTO <input type="checkbox"/> ALMACEN PRINCIPAL O AUXILIAR PARA CASA DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> ALMACEN PRINCIPAL O AUXILIAR PARA IMPORTADORA/DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> ALMACEN PRINCIPAL O AUXILIAR PARA LABORATORIOS	06. PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR <input type="checkbox"/> COSMETICOS <input type="checkbox"/> FARMACÉUTICOS	07. MATERIA PRIMA A IMPORTAR <input type="checkbox"/> PRODUCTOS COSMETICOS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**A.- DATOS DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)**

08. APELLIDOS	09. NOMBRES	10. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
11. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.	12. PROFESIÓN	
13. N° DE TELÉFONO	14. N° DE TELÉFONO MOVIL	15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

**B.- DATOS DE LA CASA DE REPRESENTACION O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA**

16. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
17. OBJETO SOCIAL		
18. SUPERFICIE INTERNA (M²)	19. N° DE RIF	20. N° DE NIT
DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL		
21. REGISTRO	22. CIRCUNSCRIPCIÓN	
23. TOMO	24. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN
		25. DÍA    26. MES    27. AÑO
MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL		
28. REGISTRO	29. CIRCUNSCRIPCIÓN	30. TOMO
31. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN	
	32. DÍA	33. MES    34. AÑO
	35. MODIFICACIÓN	

1/9



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





Ministerio del Poder Popular para la  
**SALUD**

Servicio Autónomo  
de **Contraloría Sanitaria**

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



PROPIETARIO(S)							
36. APELLIDOS		37. NOMBRES				38. 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							
39. DOCUMENTO PRESENTADO <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD		40. NÚMERO		41. ACTIVIDAD		FECHA DE VENCIMIENTO	
						42. DÍA 43. MES 44. AÑO	
45. ESTADO OTORGANTE				46. MUNICIPIO OTORGANTE			
47. TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA		48. TENENCIA DEL LOCAL <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO		49. PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. <input type="checkbox"/> NACIONALES <input type="checkbox"/> IMPORTADOS			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA							
50. ESTADO		51. MUNICIPIO			52. CIUDAD /POBLACIÓN		
DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA							
53. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		54. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		55. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
56. PISO/PLANTA/LOCAL		57. PUNTO DE REFERENCIA				58. CÓDIGO POSTAL	
59. N° DE TELÉFONO		60. N° DE FAX		61. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO		62. DIRECCIÓN ELECTRONICA DE LA PÁGINA WEB	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) PRINCIPALES O AUXILIARES							
63. ESTADO		64. MUNICIPIO			65. CIUDAD /POBLACIÓN		
DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) PRINCIPALES AUXILIARES							
66. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		67. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		68. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
69. PISO/PLANTA/LOCAL		70. PUNTO DE REFERENCIA				71. CÓDIGO POSTAL	

2/9



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**

Servicio Autónomo  
de *Contraloría Sanitaria*



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

72. N° DE TELÉFONO	73. N° DE FAX	74. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO	75. DIRECCIÓN ELECTRONICA DE LA PÁGINA WEB
--------------------	---------------	-------------------------------------	--------------------------------------------

**C.- OBSERVACIONES DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE**

3/9



@sacs\_ve



*Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria*



*Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.*





Ministerio del Poder Popular para la  
**SALUD**

Servicio Autónomo  
de *Contraloría Sanitaria*

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



## 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  
corresponsablemente con la Empresa que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL REGENTE / FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE**

4/9



@sacs\_ve



*Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria*



*Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.*





Ministerio del Poder Popular para la  
**SALUD**

Servicio Autónomo  
de *Contraloría Sanitaria*

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



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

76. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO								77. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:	
	-								
78. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A):									

F.14-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

5/9



@sacs\_ve



*Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria*



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



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

# INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE TRASLADO Y FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES PRINCIPALES Y AUXILIARES DE CASAS DE REPRESENTACION, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS COSMETICOS, IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO Y LABORATORIOS FABRICANTES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS O PRODUCTOS COSMÉTICOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION SIGUIENTE:

01	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
02	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
03	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
04	<b>NÚMERO DE SOLICITUD.</b> - NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
05	<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.
06	<b>PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR.
07	<b>MATERIA PRIMA A IMPORTAR.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA MATERIA PRIMA A IMPORTAR, INDICAR SI ES PARA PRODUCTOS COSMÉTICOS Y/O PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, QUE SERAN UTILIZADOS PARA LA FABRICACIÓN DE SUS PRODUCTOS Y/O VENTA.
<b>A.- DATOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)</b>	
08	<b>APELLIDOS.</b> - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE.
09	<b>NOMBRES.</b> - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE.
10	<b>N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD.</b> - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
11	<b>N° 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.
12	<b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
13	<b>No. DE TELÉFONO.</b> - DONDE LOCALIZARLO (A) (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA).
14	<b>No. DE TELÉFONOS MÓVIL.</b> - DONDE LOCALIZARLO (A).
15	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.
<b>B.-DATOS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA</b>	
16	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
17	<b>OBJETO SOCIAL.</b> - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE PARA UNA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS.
18	<b>SUPERFICIE INTERNA EN M2.</b> - INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES.
19	<b>EL No. DEL R.I.F.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
20	<b>EL No. DEL N.I.T.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACION TRIBUTARIA.
<b>DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL</b>	
21	<b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
22	<b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.
23	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
24	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
<b>PROTOCOLIZACIÓN</b>	
25	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



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

26	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
27	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
<b>MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL</b>	
28	<b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
29	<b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.
30	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
31	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
<b>PROTOCOLIZACIÓN</b>	
32	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
33	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
34	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
35	<b>MODIFICACIÓN.</b> - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL.
<b>PROPIETARIO(S)</b>	
36	<b>APELLIDOS.</b> - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
37	<b>NOMBRES.</b> - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
38	<b>No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD,</b> RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A)</b> (V) O, <b>EXTRANJERO(A)</b> Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
<b>DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO</b>	
39	<b>DOCUMENTO PRESENTADO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE.
40	<b>NÚMERO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD
41	<b>ACTIVIDAD.</b> -SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA CASA DE REPRESENTACION O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS COSMÉTICOS EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
42	<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.
43	<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.
44	<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.
45	<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.
46	<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.
47	<b>TIPO DE EMPRESA.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A REGISTRAR.
48	<b>TENENCIA DEL LOCAL.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.
49	<b>PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA</b>	
50	<b>ESTADO.</b> -CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





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

51	<b>MUNICIPIO.</b> - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
52	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.

#### DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

53	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.</b> - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
54	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.</b> - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
55	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.</b> - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
56	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.</b> - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
57	<b>PUNTO DE REFERENCIA.</b> - PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O DISTRIBUIDORA-IMPORTADORA.
58	<b>CÓDIGO POSTAL.</b> - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
59	<b>No. DE TELÉFONO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA (FAVOR INCLUIR <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
60	<b>NÚMERO DE FAX.</b> -CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA - DISTRIBUIDORA
61	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
62	<b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.</b> - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.

#### UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(ES) PRINCIPALES O AUXILIARES

63	<b>ESTADO.</b> - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
64	<b>MUNICIPIO.</b> - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA
65	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA

#### DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACENE(ES) PRINCIPALES O AUXILIARES

66	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.</b> - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
67	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.</b> - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
68	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA GALPÓN.</b> - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
69	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.</b> - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
70	<b>PUNTO DE REFERENCIA.</b> - PARA UBICAR EN FORMA RAPIDA LOS ALMACENES DE LA CASA D REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA. - DISTRIBUIDORA.
71	<b>CÓDIGO POSTAL.</b> - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA.
72	<b>NÚMERO DE TELÉFONO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





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

	CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O DISTRIBUIDORA-IMPORTADORA (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA).
73	NÚMERO DE FAX. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
74	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA. - DISTRIBUIDORA
75	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA

**C.- OBSERVACIONES DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE**

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

**DECLARACIÓN JURADA**, EL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS. Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DEL 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.

76	NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL NACIONAL).
77	FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE.
78	OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO (A).

F.14-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.

