

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

## SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN O RATIFICACIÓN DE PERMISO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS

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"/>	LABORATORIO FABRICANTE DE MEDICAMENTOS		<input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE COSMÉTICOS
<input type="checkbox"/>	LABORATORIO FABRICANTE DE REPELENTES 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 COSMÉTICOS		<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS
<input type="checkbox"/>	IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO		<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA
<input type="checkbox"/>	ALMACÉN PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> ALMACÉN SECUNDARIO	<input type="checkbox"/> ALMACENADORAS
06. IMPORTACION Y/O DISTRIBUCION DE:			
<input type="checkbox"/> PRODUCTOS TERMINADOS.		<input type="checkbox"/> MATERIAS PRIMAS	

### A.- DATOS DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

07. APELLIDOS		08. NOMBRES		09. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD									
				V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>									
10. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.			11. PROFESIÓN										
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
12. N° DE TELÉFONO		13. N° DE TELÉFONO MOVIL		14. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO									

### B.- DATOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO, COSMÉTICOS Y HOMEOPÁTICOS

15. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL							
16. OBJETO SOCIAL							
17. SUPERFICIE INTERNA (m²)				18. N° DE RIF			
DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL							
19. REGISTRO				20. CIRCUNSCRIPCIÓN			
21. TOMO				22. NÚMERO		PROTOCOLIZACIÓN	
						23.DÍA	24.MES
						25.AÑO	
MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL							
26.REGISTRO	27.CIRCUNSCRIPCIÓN	28.TOMO	29.NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN			33. MODIFICACIÓN
				30.DÍA	31.MES	32.AÑO	



@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

PROPIETARIO(S)							
34. APELLIDOS				35. NOMBRES		36. 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	
DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO							
37. DOCUMENTO PRESENTADO <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD		38. NÚMERO		39. ACTIVIDAD		FECHA DE VENCIMIENTO	
						40. DÍA 41. MES 42. AÑO	
43. ESTADO OTORGANTE				44. MUNICIPIO OTORGANTE			
45. TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA		46. TENENCIA DEL LOCAL <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO		47. PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. <input type="checkbox"/> NACIONALES <input type="checkbox"/> IMPORTADOS			
DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA							
48. NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL PODER		49. PAÍS		50. CIUDAD		51. VALIDACIÓN	
						<input type="checkbox"/> CONSULAR <input type="checkbox"/> APOSTILLA	
						<input type="checkbox"/> CONSULAR <input type="checkbox"/> APOSTILLA	
						<input type="checkbox"/> CONSULAR <input type="checkbox"/> APOSTILLA	
DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACÉUTICO REGENTE							
52. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		53. C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		54. NÚMERO		55. TOMO	
						FECHA DE INSCRIPCIÓN EN NOTARÍA	
						56. DÍA 57. MES 58. AÑO	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA							
59. ESTADO		60. MUNICIPIO				61. CIUDAD /POBLACIÓN	
DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA							
62. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		63. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				64. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
65. PISO/PLANTA/LOCAL		66. PUNTO DE REFERENCIA					67. CÓDIGO POSTAL
68. N.º DE TELÉFONO		69. N.º DE FAX		70. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO		71. PÁGINA WEB	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)							
72. ESTADO		73. MUNICIPIO				74. CIUDAD /POBLACIÓN	
DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)							
75. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		76. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA				77. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	



@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 ACTUALIZACIÓN O RATIFICACIÓN DE PERMISO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION 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 ESTABLECIMIENTO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.
6.	<b>IMPORTACION Y/O DISTRIBUCION DE.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE.

### A.-DATOS DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

7.	<b>APELLIDOS.</b> - COMPLETOS DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE.
8.	<b>NOMBRES.</b> - COMPLETOS DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE.
9.	<b>N° 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.
10.	<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.
11.	<b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
12.	<b>No. DE TELÉFONO.</b> - DONDE LOCALIZARLO (A) (FAVOR INCLUIR <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
13.	<b>No. DE TELÉFONOS MÓVIL.</b> - DONDE LOCALIZARLO (A).
14.	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

### B.- DATOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO, COSMÉTICOS Y HOMEOPÁTICOS

15.	<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.
16.	<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 UNA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
17.	<b>SUPERFICIE INTERNA EN M2.</b> - INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES.
18.	<b>EL No. DEL R.I.F.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.

### DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL

19.	<b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
20.	<b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.
21.	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
22.	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

### PROTOCOLIZACIÓN

23.	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
24.	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
25.	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

### MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

26.	<b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
27.	<b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.



@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

28.	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
29.	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
<b>PROTOCOLIZACIÓN</b>	
30.	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
31.	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
32.	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
33.	<b>MODIFICACIÓN.</b> - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL.
<b>PROPIETARIO(S)</b>	
34.	<b>APELLIDOS.</b> - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
35.	<b>NOMBRES.</b> - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
36.	<b>No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD,</b> RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A) (V)</b> O, <b>EXTRANJERO(A)</b> Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
<b>DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO</b>	
37.	<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.
38.	<b>EL NÚMERO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD
39.	<b>LA ACTIVIDAD.</b> -SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TOPICO.EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
40.	<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.
41.	<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.
42.	<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.
43.	<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.
44.	<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.
45.	<b>TIPO DE EMPRESA.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A REGISTRAR.
46.	<b>TENENCIA DEL LOCAL.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.
47.	<b>PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.
<b>DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA</b>	
48.	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL PODER.-</b> A LA EMPRESA REPRESENTANTE EN VENEZUELA.
49.	<b>PAÍS.</b> - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA.
50.	<b>CIUDAD.</b> - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA.
51.	<b>VALIDACIÓN DEL PODER OTORGADO.-</b> CON SELLO CONSULADO VENEZOLANO O APOSTILLA.
<b>DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACEUTICO (A) REGENTE</b>	
52.	<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL.-</b> SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL REGISTRO



@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

	<b>MERCANTIL.</b>
53.	<b>C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL.-</b> RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A) (V)</b> O <b>EXTRANJERA(A) (E)</b> Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
54.	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO DE REGISTRO EN LA NOTARÍA PÚBLICA.
55.	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO DE REGISTRO EN LA NOTARÍA PÚBLICA.
56.	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARÍA PÚBLICA.
57.	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARÍA PÚBLICA.
58.	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARÍA PÚBLICA.
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA</b>	
59.	<b>ESTADO.-</b> CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
60.	<b>MUNICIPIO.-</b> CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
61.	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.-</b> CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
62.	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.-</b> CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
63.	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.-</b> CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
64.	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.-</b> CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
65.	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.-</b> CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
66.	<b>PUNTO DE REFERENCIA.-</b> PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
67.	<b>CÓDIGO POSTAL.-</b> CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
68.	<b>No. DE TELÉFONO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LAS OFICINAS DE IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. (FAVOR INCLUIR <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
69.	<b>NÚMERO DE FAX.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
70.	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.-</b> CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
71.	<b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.-</b> CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(S)</b>	
72.	<b>ESTADO.-</b> EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
73.	<b>MUNICIPIO.</b> - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
74.	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.



@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

### DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACENE(S)

75.	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
76.	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
77.	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA GALPÓN.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
78.	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
79.	<b>PUNTO DE REFERENCIA.-</b> PARA UBICAR EN FORMA RAPIDA LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
80.	<b>CÓDIGO POSTAL.-</b> CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
81.	<b>NÚMERO DE TELÉFONO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. (FAVOR INCLUIR <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
82.	<b>NÚMERO DE FAX.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.
83.	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. -</b> CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO.

### D.- OBSERVACIONES DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE

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

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

**E. 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.

84.	<b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL NACIONAL).</b>
85.	<b>FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE.</b>
86.	<b>OBSERVACIONES DEL(LA) FUNCIONARIO (A).</b>

F.19-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.

