



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.DIA	02.MES	03.AÑO	

**05. TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

- LABORATORIO FABRICANTE DE MEDICAMENTOS  LABORATORIO FABRICANTE DE COSMÉTICOS  
 LABORATORIO FABRICANTE DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO  
 CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MEDICAMENTOS  CASAS DE REPRESENTACIÓN DE MATERIAS PRIMAS  
 IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS  DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS  
 IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO  DISTRIBUIDORA  
 ALMACÉN PRINCIPAL  ALMACÉN SECUNDARIO  ALMACENADORAS

**06. IMPORTACION Y/O DISTRIBUCIÓN DE:**

- PRODUCTOS TERMINADOS.  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			
12. N° DE TELÉFONO		13. N° DE TELÉFONO MÓVIL		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 (m <sup>2</sup> )		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				
				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.





<b>PROPIETARIO(S)</b>							
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			
<b>DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO</b>							
37. DOCUMENTO PRESENTADO		38. NÚMERO	39. ACTIVIDAD		FECHA DE VENCIMIENTO		
<input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD					40. DÍA	41. MES	42. AÑO
43. ESTADO OTORGANTE			44. MUNICIPIO OTORGANTE				
45. TIPO DE EMPRESA		46. TENENCIA DEL LOCAL			47. PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.		
<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA		<input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO			<input type="checkbox"/> NACIONALES <input type="checkbox"/> IMPORTADOS		
<b>DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA</b>							
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		
<b>DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACÉUTICO REGENTE</b>							
52. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		53. C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL	54. NÚMERO	55. TOMO	FECHA DE INSCRIPCIÓN EN NOTARÍA		
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			56. DÍA	57. MES	58. AÑO
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA</b>							
59. ESTADO		60. MUNICIPIO			61. CIUDAD /POBLACIÓN		
<b>DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA</b>							
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 ELECTRÓNICO		71. PÁGINA WEB		
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)</b>							
72. ESTADO		73. MUNICIPIO			74. CIUDAD /POBLACIÓN		
<b>DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)</b>							
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

78. PISO/PLANTA/LOCAL	79. PUNTO DE REFERENCIA		80. CÓDIGO POSTAL
81. N° DE TELÉFONO	82. N° DE FAX	83. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO	

**C.- OBSERVACIONES DEL (LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE**

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 cumple 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**

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

84. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO	85. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:
_____ - _____	_____
86. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)	

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.





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>Nº 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>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 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.





28.	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRÓ DE COMERCIO.
29.	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRÓ DE COMERCIO.

**PROTOCOLIZACIÓN**

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.

**PROPIETARIO(S)**

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 VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.

**DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO**

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.

**DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA**

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.

**DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACEUTICO (A) REGENTE**

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.



	<b>MERCANTIL.</b>
53.	<b>C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL.</b> .-RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O EXTRANJERA(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
54.	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA.
55.	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA.
56.	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA.
57.	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA.
58.	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA.

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA**

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 CÓDIGO DE ÁREA).
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.

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(S)**

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(ES)**

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 CÓDIGO DE ÁREA).
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.

