

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

## SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ALMACENADORAS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DIA	02. MES	03. AÑO	
05. TIPO DE PRODUCTOS QUE ALMACENARA			
<input type="checkbox"/> PRODUCTOS FARMACÉUTICOS		<input type="checkbox"/> MATERIA PRIMA FARMACEUTICA	
<input type="checkbox"/> PRODUCTOS COSMETICOS		<input type="checkbox"/> MATERIA PRIMA COSMÉTICA	

### 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 MATRÍCULA DEL M.P.P.S.			10. PROFESIÓN		
11. N° DE TELÉFONO		12. N° DE TELÉFONO MOVIL (OBLIGATORIO)		13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

### B.- DATOS DE LA ALMACENADORA

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



@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

33. APELLIDOS		34. NOMBRES		35. 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 -	
<b>DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO</b>					
36. DOCUMENTO PRESENTADO		37. NÚMERO		38. ACTIVIDAD	
<input type="checkbox"/> PATENTE					
<input type="checkbox"/> SOLICITUD					
				FECHA DE VENCIMIENTO	
				39. DÍA	40. MES
				41. AÑO	
42. ESTADO OTORGANTE			43. MUNICIPIO OTORGANTE		
44. TIPO DE EMPRESA		45. MODALIDAD		46. TENENCIA DEL LOCAL	
<input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA		<input type="checkbox"/> PRINCIPAL <input type="checkbox"/> SUCURSAL		<input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO</b>					
47. ESTADO		48. MUNICIPIO		49. CIUDAD /POBLACIÓN	
<b>DIRECCIÓN</b>					
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. PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO	

**C.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE**



@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

## 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**

### D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE DEL FARMACEUTICO (A) DE LA DIVISION DE INSPECCION (NO ESCRIBIR)

60. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO	61. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:										
<table><tr><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		-									
	-										
62. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A):											

F.02-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 DE SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ALMACENADORAS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION SIGUIENTE:

01	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE 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> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
05	<b>TIPO DE PRODUCTOS QUE COMERCIALIZARÁ.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRODUCTOS QUE COMERCIALIZARÁ.

### A.- DATOS DEL (LA) REGENTE AUTORIZADO(A)

06	<b>APELLIDOS.</b> - COMPLETOS DEL (LA) REGENTE.
07	<b>NOMBRES.</b> - COMPLETOS DEL (LA) REGENTE.
08	<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.
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 CONTRALORIA SANITARIA.
10	<b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
11	<b>No. DE TELÉFONO.</b> - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
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 DE LA ALMACENADORA

14	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - SEGÚN REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL
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 UNA ALMACENADORA.
16	<b>SUPERFICIE INTERNA EN M2.-</b> ES EL ÁREA TOTAL DE LA DROGUERÍA, INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES.
17	<b>EL No. DEL R.I.F.-</b> ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.

### DATOS DEL REGISTRO MENCANTIL

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

### PROTOCOLIZACIÓN

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

### MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

25	<b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
26	<b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.
27	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL FUE INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
28	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL FUE INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

### PROTOCOLIZACIÓN

29	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
30	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
31	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
32	<b>MODIFICACIÓN.</b> - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL.

### PROPIETARIO(S)

33	<b>APELLIDOS.</b> - DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
34	<b>NOMBRES.</b> - DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
35	<b>NÚMERO DE LA CÉDULA.</b> - RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO (A)</b> (V) O <b>EXTRANJERA(A)</b> (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.

### DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTIA Y COMERCIO

36	<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 MISMA.
37	<b>NÚMERO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD DE LA MISMA.
38	<b>ACTIVIDAD.</b> - SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA ALMACENADORA EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
39	<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.
40	<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.
41	<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.
42	<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.
43	<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.
44	<b>TIPO DE EMPRESA.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A LA CUAL PERTENECE LA DROGUERÍA.
45	<b>MODALIDAD.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE MODALIDAD A LA CUAL PERTENECE LA DROGUERÍA.
46	<b>TENENCIA DEL LOCAL.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA



@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

CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
47	<b>ESTADO.</b> - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.
48	<b>MUNICIPIO.</b> - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.
49	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.
<b>DIRECCIÓN</b>	
50	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ ZONA INDUSTRIAL.</b> - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
51	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.</b> - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
52	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.</b> - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
53	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.</b> - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/ LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
54	<b>PUNTO DE REFERENCIA.</b> - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA DROGUERÍA.
55	<b>CÓDIGO POSTAL.</b> - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
56	<b>No. DE TELÉFONO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA DROGUERÍA (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
57	<b>No. DE FAX.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA DROGUERÍA
58	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA DROGUERÍA
59	<b>DIRECCION ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.</b> - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA DROGUERÍA.
<b>C.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE</b>	
DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL (LA) REGENTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD	
<b>DECLARACIÓN JURADA</b> EL REGENTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DEL PERMISO SANITARIO.	
<b>D. PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE.</b> - 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	<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO (NIVEL NACIONAL)</b>
61	<b>FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE</b>
62	<b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO (A)</b>

F.02-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.

