



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

## NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ESTABLECIMIENTOS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD			04. N.º DE SOLICITUD
01. DÍA	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

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO	07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				
-					
08. OBJETO SOCIAL					
09. N.º DE RIF	10. N.º DE NIT	PERMISO SANITARIO EN EL M.P.P. S			
		11. N.º DE OFICIO	12. DÍA	13. MES	14. AÑO

### B.- DATOS DEL REGENTE / FARMACEUTICO SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15. APELLIDOS	16. NOMBRES	17. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -
18. N.º DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.	19. PROFESIÓN	
20. N.º DE TELÉFONO	21. N.º DE TELÉFONO MÓVIL	22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

#### DATOS DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

23. REGISTRO	24. CIRCUNSCRIPCIÓN	25. TOMO	26. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN			30. MODIFICACIÓN
				27. DÍA	28. MES	29. 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.





Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

**sacs**

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

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO

31. DOCUMENTO PRESENTADO	32. NÚMERO	33. ACTIVIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO		
<input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD <input type="checkbox"/> EXONERACIÓN			34. DÍA	35. MES	36. AÑO
37. ESTADO OTORGANTE		38. MUNICIPIO OTORGANTE			
39. NUEVO NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					

**D.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE/FARMACEUTICO (A) SOLICITANTE**



@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 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 (LA) REGENTE/FARMACEUTICO (A) SOLICITANTE**

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

40. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

41. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)

F.21-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 NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ESTABLECIMIENTOS

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> - CORRESPONDE A NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
05	<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06	<b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD ANTE SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA.
07	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
08	<b>OBJETO SOCIAL.</b> - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.
09	<b>Nº DE RIF.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
10	<b>Nº DE NIT.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.
11	<b>NÚMERO DE OFICIO.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
12	<b>DÍA.</b> -CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
13	<b>MES.</b> -CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
14	<b>AÑO.</b> -CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

### B.-DATOS DEL (LA) REGENTE/ FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15	<b>APELLIDOS COMPLETOS DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO (A).</b>
16	<b>NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE/ FARMACEUTICO (A).</b>
17	<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.
18	<b>No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA. CUANDO SE TRATE DE UN AUXILIAR DE FARMACIA CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADA LA CONSTANCIA COMO AUXILIAR DE FARMACIA ANTE EL SACS.
19	<b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
20	<b>Nº DE TELÉFONO</b> DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).



@ 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

21	<b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL</b> DONDE LOCALIZARLO(A).
22	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b> , DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

**C.-DATOS DE LA MODIFICACIÓN**

**DATOS DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL**

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

**PROTOCOLIZACIÓN**

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

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

31	<b>DOCUMENTO PRESENTADO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE, FOTOCOPIA DE SOLICITUD O FOTOCOPIA DE LA EXONERACIÓN DE LA PATENTE.
32	<b>NÚMERO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA.
33	<b>ACTIVIDAD.</b> - CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO. EN CASO DE PRESENTAR LA FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA
34	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA.
35	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA.
36	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA.
37	<b>ESTADO OTORGANTE.</b> - CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA.
38	<b>MUNICIPIO OTORGANTE.</b> - CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA.
39	<b>NUEVO NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NUEVO NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO.

**D. OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE / FARMACEUTICO(A) REGENTE SOLICITANTE**



@ 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

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

**DECLARACIÓN JURADA**, EL (LA) REGENTE/ FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.

**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.

40 **FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.**

41 **OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).**

F.21-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.*