



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**Servicio Autónomo  
de Contraloría SanitariaREPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control**sacs****SOLICITUD DE CIERRE DE ESTABLECIMIENTOS****LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO**

FECHA DE SOLICITUD			04.N.º DE SOLICITUD
01.DIA	02.MES	03.AÑO	

05.TIPO DE SOLICITUD	<input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES	<input type="checkbox"/> CIERRE DEFINITIVO
06.TIPO DE ESTABLECIMIENTO:		
<input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE COSMÉTICOS	
<input type="checkbox"/> LABORATORIO FABRICANTE DE REPELENTE 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 REPELENTE DE INSECTOS DE USO TOPICO	<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA	
<input type="checkbox"/> ALMACÉN PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> ALMACÉN SECUNDARIO	<input type="checkbox"/> ALMACENADORAS

**A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

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

**B.- DATOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) 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.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD**

PROPIETARIO(S) DEL ESTABLECIMIENTO		
23. APELLIDOS	24. NOMBRES	25. 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 -



@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

# sacs

#### UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO

26. ESTADO	27. MUNICIPIO	28. CIUDAD/POBLACIÓN
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		
29. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	30. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	31. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
32. PISO/PLANTA/LOCAL	33. PUNTO DE REFERENCIA	34. CÓDIGO POSTAL
35. N.º DE TELÉFONO	36. N.º DE FAX	37. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
		38. PÁGINA WEB

#### D.- MOTIVO DE LA SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO

39. DESCRIPCIÓN DE LA SUSPENSIÓN O CIERRE
---

#### E- OBSERVACIONES DEL (LA) 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.





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE  
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

**sacs**

## 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 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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

40. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

41. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A)

F.25-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.



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE CIERRE DE ESTABLECIMIENTOS**

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN 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 SOLICITUD</b> .- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE EL TIPO DE SOLICITUD.
6.	<b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO</b> .- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

**A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

7.	<b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO</b> .- CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD.
8.	<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.
9.	<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.
10.	<b>Nº DE RIF</b> .- ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
11.	<b>NÚMERO DE OFICIO</b> . EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO 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) FARMACEUTICO (A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)**

15.	<b>APELLIDOS</b> COMPLETOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE
16.	<b>NOMBRES</b> COMPLETOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE
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 EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA.
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.



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.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD****PROPIETARIO(S) DEL ESTABLECIMIENTO**

23.	<b>APELLIDOS.</b> .- EL O LOS APELLIDOS DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
24.	<b>NOMBRES.</b> .- EL O LOS NOMBRES DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
25.	<b>No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD.</b> .- RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO (A) (V)</b> O <b>EXTRANJERA(A) (E)</b> Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO**

26.	<b>ESTADO.</b> .- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
27.	<b>MUNICIPIO.</b> .- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
28.	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> .- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

**DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

29.	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.</b> .-CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
30.	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.</b> .-CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
31.	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.</b> .- CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
32.	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.</b> .- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
33.	<b>PUNTO DE REFERENCIA.</b> .- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.
34.	<b>CÓDIGO POSTAL.</b> .- CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
35.	<b>No. DE TELÉFONO.</b> .- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
36.	<b>No. DE FAX.</b> .- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.
37.	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> .- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.
38.	<b>PÁGINA WEB.</b> .- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO.

**D.-MOTIVO DE LA SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO**

39	EL FARMACEUTICO SOLICITANTE DEBE INDICAR LOS MOTIVOS O CAUSAS DE LA SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO
----	---

**E.- OBSERVACIONES DEL (LA) 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.



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

**DECLARACIÓN JURADA**, EL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES O CIERRE DEFINITIVO.

**F. 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	<b>FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.</b>
41	<b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A).</b>

F.25-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.

