

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

## SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACION DE EMPRESAS IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TOPICO Y SUS MATERIAS PRIMAS

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	06. IMPORTACION Y/O DISTRIBUCION DE:
<input type="checkbox"/> IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TOPICO <input type="checkbox"/> IMPORTADORA <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA	<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	
12. N° DE TELÉFONO	13. N° DE TELÉFONO MOVIL	14. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### B.- DATOS DE LA IMPORTADORA/DISTRIBUIDORA

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. DIA	31.MES		32. AÑO

1/10



@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° 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		38. NÚMERO		39. ACTIVIDAD		FECHA DE VENCIMIENTO
<input type="checkbox"/> PATENTE						40. DÍA
<input type="checkbox"/> SOLICITUD						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"/> PROPIO		<input type="checkbox"/> NACIONALES <input type="checkbox"/> IMPORTADOS		
<input type="checkbox"/> PRIVADA		<input type="checkbox"/> ARRENDADO				
<input type="checkbox"/> COOPERATIVA		<input type="checkbox"/> COMODATO				
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		54. NÚMERO		55. TOMO
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E				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



@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.



2/10



## 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) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

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

91. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO	92. 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>			-								
		-									
93. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A):											

F.04-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

**C.- LISTA DE PRODUCTOS O MATERIAS PRIMAS A IMPORTAR Y/O DISTRIBUIR**

[illegible]

@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 PARA LA SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACION DE EMPRESAS IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO Y SUS MATERIAS PRIMAS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION SIGUIENTE:

01	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE 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 ESTABLECIMIENTO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.
06	<b>IMPORTACION Y/O DISTRIBUCION DE.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE.
<b>A.- DATOS DEL(LA) FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)</b>	
07	<b>APELLIDOS.</b> - COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE.
08	<b>NOMBRES.</b> - COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE.
09	<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 CÓDIGO DE ÁREA).
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>B.-DATOS DE LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA</b>	
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.
<b>DATOS DEL REGISTRO MENCANTIL</b>	
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.
<b>PROTOCOLIZACIÓN</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

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.
<b>MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL</b>	
26	<b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
27	<b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.
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)</b> (V) 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>NÚMERO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD
39.	<b>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 REPELENTES 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.



@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

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 MERCANTIL.
53.	<b>C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL.</b> -RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A)</b> (V) O <b>EXTRANJERA(A)</b> (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.
<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



@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

	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>DIRECCIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(ES)</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.
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.
<b>C.-LISTA DE PRODUCTOS A IMPORTAR Y/O DISTRIBUIR</b>	
84.	<b>NOMBRE DEL PRODUCTO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NOMBRE DE MARCA O



@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

	GENÉRICO DE CADA PRODUCTO.
85.	<b>PRESENTACIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR LA FORMA FARMACÉUTICA O COSMÉTICA Y CANTIDADES
86.	<b>REGISTRO SANITARIO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NÚMERO. EN CASO DE NO POSEERLO SEÑALE QUE SE ENCUENTRAN EN TRÁMITE.
87.	<b>LABORATORIO FABRICANTE.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA QUE LO MANUFACTURA.
88.	<b>PAÍS DE PROCEDENCIA.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL PAÍS DONDE ESTÁ UBICADO LA EMPRESA QUE LO MANUFACTURA.
89.	<b>PROPIETARIO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR NOMBRE DE LA EMPRESA PROPIETARIA DE LOS PRODUCTOS.
90.	<b>FARMACEUTICO PATROCINANTE.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR APELLIDOS Y NOMBRES DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS.

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

**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 DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD

91.	<b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL NACIONAL).</b>
92.	<b>FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE.</b>
93.	<b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO (A).</b>

F.04-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.

