



**SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS
POR DOSIS UNITARIA**

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

| | | | |
|---------|---------|---------|----------------------|
| 01. DÍA | 02. MES | 03. AÑO | 04. N.º DE SOLICITUD |
|---------|---------|---------|----------------------|

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------|---------|
| 05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO | 06. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | |
| - | | | |
| 07. OBJETO SOCIAL | | | |
| 08. N.º DE RIF | REGISTRO SANITARIO EN EL M.P.PS | | |
| 09. NÚMERO DE OFICIO | 10. DÍA | 11. MES | 12. AÑO |

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

| | | |
|----------------------------------|---------------------------|---|
| 13. APELLIDOS | 14. NOMBRES | 15. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD |
| | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |
| 16. N.º DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S | 17. PROFESIÓN | |
| 18. N.º DE TELÉFONO | 19. N.º DE TELÉFONO MÓVIL | 20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |

C.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

| DATOS DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL | | | | | | |
|--|---|--|----------------------|-----------------|------------------|---------|
| 21. REGISTRO | 22. CIRCUNSCRIPCIÓN | 23. TOMO | 24. NÚMERO | PROTOCOLIZACIÓN | 28. MODIFICACIÓN | |
| | | | | 25. DÍA | | 26. MES |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO | | | | | | |
| 29. DOCUMENTO PRESENTADO | 30. NÚMERO | 31. ACTIVIDAD | FECHA DE VENCIMIENTO | 32. DÍA | 33. MES | 34. AÑO |
| <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD <input type="checkbox"/> EXONERACIÓN | | | | | | |
| 35. ESTADO OTORGANTE | 36. MUNICIPIO OTORGANTE | | | | | |
| 37. TENENCIA DEL LOCAL | 38. TIPO DE TRASLADO | | | | | |
| PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO | <input type="checkbox"/> OFICINA ADMINISTRATIVA | <input type="checkbox"/> ALMACEN | | | | |
| | <input type="checkbox"/> PLANTA DE PRODUCCIÓN | <input type="checkbox"/> TODO EL ESTABLECIMIENTO | | | | |
| NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA | | | | | | |
| 39. ESTADO | 40. MUNICIPIO | 41. CIUDAD / POBLACIÓN | | | | |



@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 Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspección, Vigilancia y Control

| DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA | | | |
|---|---------------|-------------------------------------|----------------|
| 42. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 43. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | |
| 45. PISO/PLANTA/LOCAL | | 46. PUNTO DE REFERENCIA | |
| 48 N° DE TELÉFONO | 49. N° DE FAX | 50. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 51. PÁGINA WEB |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO MEDICO ASISTENCIAL Y/O ESTABLECIMIENTO DE UNIDOSIS | | | |
| 52. ESTADO | | 53. MUNICIPIO | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 55. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 56. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | |
| 58. PISO/PLANTA/LOCAL | | 59. PUNTO DE REFERENCIA | |
| 61. N° DE TELÉFONO | 62. N° DE FAX | 63. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 64. PÁGINA WEB |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ALMACEN | | | |
| 65. ESTADO | | 66. MUNICIPIO | |
| DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) | | | |
| 68. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 69. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | |
| 71. PISO/PLANTA/LOCAL | | 72. PUNTO DE REFERENCIA | |
| 74. N° DE TELÉFONO | 75. N° DE FAX | 76. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 77. PÁGINA WEB |

D.- OBSERVACIONES DEL (LA) 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.





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

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

78. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

79. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A):

F.06-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 PERMISO SANITARIO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

| | |
|----|---|
| 1. | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD. |
| 2. | MES. - CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD. |
| 3. | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD. |
| 4. | NÚMERO DE SOLICITUD. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE CONTROL INTERNO. |

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

| | |
|-----|--|
| 5. | NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. |
| 6. | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL. - DE ACUERDO AL REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE. |
| 7. | OBJETO SOCIAL. - 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 EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO A TRASLADAR. |
| 8. | Nº DE RIF. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL. |
| 9. | NÚMERO DE OFICIO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 10. | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 11. | MES. - CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 12. | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |

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

| | |
|-----|--|
| 13. | APELLIDOS COMPLETOS DEL REGENTE. |
| 14. | NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE. |
| 15. | Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD. |
| 16. | No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. - CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA. |
| 17. | PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN. |
| 18. | Nº DE TELÉFONO DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). |
| 19. | Nº DE TELÉFONO MÓVIL DONDE LOCALIZARLO(A). |
| 20. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO , DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS. |

C.-DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

DATOS DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

| | |
|-----|---|
| 21. | REGISTRO. - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL. |
| 22. | CIRCUNSCRIPCIÓN. - 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.





- | | |
|-----|---|
| 23. | TOMO. - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 24. | NÚMERO. - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |

PROTOCOLIZACIÓN

- | | |
|-----|---|
| 25. | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 26. | MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 27. | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 28. | MODIFICACIÓN. INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL. |

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO

- | | |
|-----|---|
| 29. | DOCUMENTO PRESENTADO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE, FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA. |
| 30. | NÚMERO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA. |
| 31. | ACTIVIDAD. - SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE ACUERDO AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO A TRASLADAR. EN CASO DE PRESENTAR LA FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 32. | DÍA. - 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. |
| 33. | MES. - 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. |
| 34. | AÑO. - 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. |
| 35. | ESTADO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 36. | MUNICIPIO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 37. | TENENCIA DEL LOCAL. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL. |
| 38. | TIPO DE TRASLADO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE TRASLADO QUE REALIZARÁ. |

NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

- | | |
|-----|---|
| 39. | ESTADO. - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL ESTADO DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 40. | MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 41. | CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |

DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA



@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 Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspección, Vigilancia y Control

| | |
|-----|--|
| 42. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 43. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 44. | EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN. - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 45. | PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 46. | PUNTO DE REFERENCIA. - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO. |
| 47. | CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO. |
| 48. | Nº DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 49. | NÚMERO DE FAX. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 50. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 51. | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO. |

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO MEDICO ASISTENCIAL Y/O ESTABLECIMIENTO DE UNIDOSIS

| | |
|-----|--|
| 52. | ESTADO. - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN |
| 53. | MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 54. | CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |

DIRECCIÓN

| | |
|-----|---|
| 55. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. -CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN /SECTOR/ZONA |
|-----|---|



@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 Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspección, Vigilancia y Control

| | |
|-----|---|
| | INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 56. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 57. | EDIFICIO/GALPÓN , CORRESPONDE AL EDIFICIO/ GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 58. | PISO/PLANTA/LOCAL . - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN |
| 59. | PUNTO DE REFERENCIA . - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 60. | CÓDIGO POSTAL . - CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN |
| 61. | Nº DE TELÉFONO . - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). |
| 62. | NÚMERO DE FAX . - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN. |
| 63. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO . - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA. |
| 64. | PÁGINA WEB . - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA. |

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)

| | |
|-----|---|
| 65. | ESTADO . - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 66. | MUNICIPIO . - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 67. | CIUDAD/POBLACIÓN . - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |

DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)

| | |
|-----|---|
| 68. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL . - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 69. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA .-CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 70. | EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN . - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 71. | PISO/PLANTA/LOCAL . - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 72. | PUNTO DE REFERENCIA . - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 73. | CÓDIGO POSTAL . - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 74. | Nº DE TELÉFONO . - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). |
| 75. | NÚMERO DE FAX . - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA. |
| 76. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO , CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA. |
| 77. | PÁGINA WEB . - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA. |

D. OBSERVACIONES DEL(LA) 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.





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

DECLARACIÓN JURADA EL REGENTE SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO.

D. 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.

78. **FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.**

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

F.06-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.

