

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

## SOLICITUD DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO PARA CASA DE REPRESENTACIÓN, IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS E IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO

*LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO*

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	
05. TIPO DE ESTABLECIMIENTO  <input type="checkbox"/> CASA DE REPRESENTACIÓN <input type="checkbox"/> IMPORTADORA/DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO	06. PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR  <input type="checkbox"/> COSMÉTICOS <input type="checkbox"/> FARMACEUTICOS <input type="checkbox"/> REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO	07. MATERIA PRIMA A IMPORTAR  <input type="checkbox"/> PRODUCTOS COSMETICOS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS FARMACÉUTICOS <input type="checkbox"/> REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO	

### A.- DATOS DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

08. APELLIDOS	09. NOMBRES	10. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
11. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. 	12. PROFESIÓN	
13. N° DE TELÉFONO	14. N° DE TELÉFONO MOVIL	15. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### B.- DATOS DE LA CASA DE REPRESENTACION O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA

16. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL								
17. OBJETO SOCIAL								
18. SUPERFICIE INTERNA (M²)		19. N° DE RIF		20. N° DE NIT				
DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL								
21. REGISTRO			22. CIRCUNSCRIPCIÓN					
23. TOMO		24. NÚMERO			PROTOCOLIZACIÓN			
					25. DÍA	26. MES	27. AÑO	
MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL								
28. REGISTRO	29. CIRCUNSCRIPCIÓN	30. TOMO	31. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN			35. MODIFICACIÓN	
				32. DÍA	33. MES	34. AÑO		
PROPIETARIO(S)								
36. APELLIDOS		37. NOMBRES			38. 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								
39. DOCUMENTO PRESENTADO ▪ PATENTE ▪ SOLICITUD		40. NÚMERO	41. ACTIVIDAD			FECHA DE VENCIMIENTO		
						42. DÍA	43. MES	44. AÑO
45. ESTADO OTORGANTE			46. MUNICIPIO OTORGANTE					

**"Vigilando la Salud de Todas y Todos"**

**Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria**

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.  
Telf: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

47. TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA		48. TENENCIA DEL LOCAL <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO		49. PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. <input type="checkbox"/> NACIONALES <input type="checkbox"/> IMPORTADOS	
<b>DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA CASA DE REPRESENTACIÓN O A LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA</b>					
50. NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL PODER		51. PAÍS	52. CIUDAD	53. 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	
<b>DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACÉUTICO REGENTE</b>					
54. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		55. C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	56. NÚMERO	57. TOMO	FECHA DE INSCRIPCIÓN EN NOTARÍA
					58. DÍA    59. MES    60. AÑO
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA</b>					
61. ESTADO		62. MUNICIPIO		63. CIUDAD /POBLACIÓN	
<b>DIRECCIÓN DE OFICINA ADMINISTRATIVA</b>					
64. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		65. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		66. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
67. PISO/PLANTA/LOCAL		68. PUNTO DE REFERENCIA			69. CÓDIGO POSTAL
70. N° DE TELÉFONO	71. N° DE FAX	72. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO		73. DIRECCIÓN ELECTRONICA DE LA PÁGINA WEB	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)</b>					
74. ESTADO		75. MUNICIPIO		76. CIUDAD /POBLACIÓN	
<b>DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)</b>					
77. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		78. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		79. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
80. PISO/PLANTA/LOCAL		81. PUNTO DE REFERENCIA			82. CÓDIGO POSTAL
83. N° DE TELÉFONO	84. N° DE FAX	85. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO		86. DIRECCIÓN ELECTRONICA DE LA PÁGINA WEB	

**C.- ANEXAR LISTA DE PRODUCTOS A IMPORTAR, REPRESENTAR Y DISTRIBUIR**
**D.- OBSERVACIONES DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE**

--

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

### 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 Autonomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL REGENTE / FARMACEUTICO SOLICITANTE**

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

94. NUMERO DE PERMISO SANITARIO										95. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:									
	-																		
96. OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A):																			



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO PARA CASAS DE REPRESENTACIÓN, IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS E IMPORTADORAS Y/O DISTRIBUIDORAS DE REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO

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>PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRODUCTO TERMINADO A IMPORTAR/REPRESENTAR.
07	<b>MATERIA PRIMA A IMPORTAR.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE A LA MATERIA PRIMA A IMPORTAR, INDICAR SI ES PARA PRODUCTOS COSMÉTICOS, PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, O REPELENTES DE INSECTOS DE USO TÓPICO QUE SERAN UTILIZADOS PARA LA FABRICACIÓN DE SUS PRODUCTOS Y/O VENTA.

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

08	<b>APELLIDOS.</b> - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO SOLICITANTE.
09	<b>NOMBRES.</b> - COMPLETOS DEL REGENTE/FARMACÉUTICO SOLICITANTE.
10	<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 IDENTIDAD.
11	<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.
12	<b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
13	<b>No. DE TELÉFONO.</b> - DONDE LOCALIZARLO (A) (FAVOR INCLUIR <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
14	<b>No. DE TELÉFONOS MÓVIL.</b> - DONDE LOCALIZARLO (A).
15	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

### B.-DATOS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA

16	<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
17	<b>OBJETO SOCIAL.</b> - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE PARA UNA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS.
18	<b>SUPERFICIE INTERNA EN M2.</b> - INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES.
19	<b>EL No. DEL R.I.F.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
20	<b>EL No. DEL N.I.T.</b> - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACION TRIBUTARIA.

### DATOS DEL REGISTRO MENCANTIL.

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

### PROTOCOLIZACIÓN.

25	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
26	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
27	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

### MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

28	<b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.
29	<b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ.
30	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRÓ DE COMERCIO.
31	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRÓ DE COMERCIO.

### PROTOCOLIZACIÓN

32	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
33	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.

**"Vigilando la Salud de Todas y Todos"**

**Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria**

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.

Telf: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

34	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
35	<b>MODIFICACIÓN.</b> - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL.

**PROPIETARIO(S)**

36	<b>APELLIDOS.</b> - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
37	<b>NOMBRES.</b> - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
38	<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.

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

39	<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.
40	<b>EL NÚMERO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD
41	<b>LA ACTIVIDAD.</b> -SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA CASA DE REPRESENTACION O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS COSMÉTICOS EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
42	<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.
43	<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.
44	<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.
45	<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.
46	<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.
47	<b>TIPO DE EMPRESA.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A REGISTRAR.
48	<b>TENENCIA DEL LOCAL.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.
49	<b>PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS.

**DATOS DEL PODER OTORGADO POR EL PROPIETARIO DEL PRODUCTO A LA CASA DE REPRESENTACIÓN O A LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA.**

50	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL PODER.</b> - A LA EMPRESA REPRESENTANTE EN VENEZUELA.
51	<b>PAÍS.</b> - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA.
52	<b>CIUDAD.</b> - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA.
53	<b>VALIDACIÓN DEL PODER OTORGADO.</b> - CON SELLO CONSULADO VENEZOLANO O APOSTILLA.

**DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACEUTICO (A) REGENTE.**

54	<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL.</b> - SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL REGISTRO MERCANTIL.
55	<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.
56	<b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA.
57	<b>TOMO.</b> - ES EL TOMO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA.
58	<b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA.
59	<b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA.
60	<b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA.

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA**

61	<b>ESTADO.</b> -CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
62	<b>MUNICIPIO.</b> - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
63	<b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.

**"Vigilando la Salud de Todas y Todos"**

**Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria**

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.

Tel: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

64	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.-</b> CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL, EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
65	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.-</b> CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
66	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.-</b> CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
67	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.-</b> CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
68	<b>PUNTO DE REFERENCIA.-</b> PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O DISTRIBUIDORA-IMPORTADORA.
69	<b>CÓDIGO POSTAL.-</b> CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
70	<b>No. DE TELÉFONO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA (FAVOR INCLUIR <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
71	<b>NÚMERO DE FAX.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LAS OFICINAS DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA - DISTRIBUIDORA
72	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.-</b> CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
73	<b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.-</b> CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.

#### **DIRECCIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(ES)**

74	<b>ESTADO.-</b> EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
75	<b>MUNICIPIO. -</b> EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA
76	<b>CIUDAD/POBLACIÓN. -</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
77	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
78	<b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
79	<b>EDIFICIO/QUINTA/CASA GALPÓN.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA.
80	<b>PISO/PLANTA/LOCAL.-</b> EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
81	<b>PUNTO DE REFERENCIA.-</b> PARA UBICAR EN FORMA RAPIDA LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA.- DISTRIBUIDORA.
82	<b>CÓDIGO POSTAL.-</b> CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA.
83	<b>NÚMERO DE TELÉFONO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O DISTRIBUIDORA-IMPORTADORA (FAVOR INCLUIR <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).
84	<b>NÚMERO DE FAX.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA
85	<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. -</b> CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACION Y/O IMPORTADORA.- DISTRIBUIDORA
86	<b>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA Web.-</b> CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA

#### **C.-LISTA DE PRODUCTOS A IMPORTAR, REPRESENTAR Y DISTRIBUIR**

87	<b>NOMBRE DEL PRODUCTO.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NOMBRE DE MARCA O GENÉRICO DE CADA PRODUCTO.
88	<b>PRESENTACIÓN. -</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR LA FORMA FARMACÉUTICA O COSMÉTICA Y CANTIDADES
89	<b>REGISTRO SANITARIO.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NÚMERO. EN CASO DE NO POSEERLO SEÑALE QUE SE ENCUENTRAN EN TRÁMITE.

**“Vigilando la Salud de Todas y Todos”**

**Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria**

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.

Tel: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

90	<b>LABORATORIO FABRICANTE.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA QUE LO MANUFACTURA.
91	<b>PAÍS DE PROCEDENCIA.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR EL PAÍS DONDE ESTÁ UBICADO LA EMPRESA QUE LO MANUFACTURA.
92	<b>PROPIETARIO.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR NOMBRE DE LA EMPRESA PROPIETARIA DE LOS PRODUCTOS.
93	<b>FARMACEUTICO PATROCINANTE.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ INDICAR APELLIDOS Y NOMBRES DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS.

**D.- OBSERVACIONES DEL REGENTE O FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE**

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL 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 EN LA DIRECCIÓN DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD.

94	<b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL NACIONAL).</b>
95	<b>FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE.</b>
96	<b>OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO (A).</b>

**“Vigilando la Salud de Todas y Todos”**

**Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria**

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.

Tel: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>