



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN O RATIFICACIÓN DE PERMISO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

| FECHA DE SOLICITUD | | | 4. N° DE SOLICITUD |
|--------------------|--------|--------|--------------------|
| 1. DIA | 2. MES | 3. AÑO | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| 5. TIPO DE ESTABLECIMIENTO | | | |
| <input type="checkbox"/> | LABORATORIO FABRICANTE DE MEDICAMENTOS | <input type="checkbox"/> | LABORATORIO FABRICANTE DE COSMÉTICOS |
| <input type="checkbox"/> | LABORATORIO FABRICANTE DE REPELENTES 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 COSMETICOS | <input type="checkbox"/> | DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS |
| <input type="checkbox"/> | IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO | | <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA |
| <input type="checkbox"/> | ALMACÉN PRINCIPAL | <input type="checkbox"/> | ALMACÉN SECUNDARIO |
| | | <input type="checkbox"/> | ALMACENADORAS |
| 6. IMPORTACIÓN Y/O DISTRIBUCIÓN DE: | | | |
| <input type="checkbox"/> PRODUCTOS TERMINADOS. | | <input type="checkbox"/> MATERIAS PRIMAS | |

A.- DATOS DEL FARMACÉUTICO (A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

| | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------|---------------|---|--|
| 7. APELLIDOS | | 8. NOMBRES | | 9. 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 LOS ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO, COSMÉTICOS Y HOMEOPÁTICOS

| | | | | | | |
|---|---------------------|----------|---------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 15. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | | | |
| 16. OBJETO SOCIAL | | | | | | |
| 17. SUPERFICIE INTERNA (m ²) | | | 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 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

..

"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

| 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 <input type="checkbox"/> SOLICITUD | | | | 40. DÍA | 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 | FECHA DE INSCRIPCIÓN EN NOTARÍA |
| | | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E | | | 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 |
| | | | | | |
| 68. N° DE TELÉFONO | | 69. N° DE FAX | 70. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO | 71. PÁGINA WEB | |
| | | | | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) | | | | | |
| 72. ESTADO | | 73. MUNICIPIO | | 74. CIUDAD /POBLACIÓN | |
| | | | | | |
| DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES) | | | | | |
| 75. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | | 76. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | | 77. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN | |
| | | | | | |
| 78. PISO/PLANTA/LOCAL | | 79. PUNTO DE REFERENCIA | | | 80. CÓDIGO POSTAL |
| | | | | | |
| 81. N° DE TELÉFONO | | 82. N° DE FAX | 83. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO | | |
| | | | | | |

"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

C.- OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO(A) SOLICITANTE

Empty box for observations of the applicant pharmacist.

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

Table with 2 columns: PULGAR IZQUIERDO, PULGAR DERECHO

FIRMA DEL FARMACEUTICO SOLICITANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

Form with fields for: 84. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO, 85. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:, 86. OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A)

..

"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

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN O RATIFICACIÓN DE PERMISO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION 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 A NÚMERO DE CONTROL INTERNO |
| 5. | TIPO DE ESTABLECIMIENTO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO. |
| 6. | IMPORTACION Y/O DISTRIBUCION DE. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE. |

A.-DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

| | |
|-----|---|
| 7. | APELLIDOS. - COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE. |
| 8. | NOMBRES. - COMPLETOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE. |
| 9. | N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD. |
| 10. | N° 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. |
| 11. | PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN. |
| 12. | No. DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO (A) (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA). |
| 13. | No. DE TELÉFONOS MÓVIL. - DONDE LOCALIZARLO (A). |
| 14. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS. |

B.- DATOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS, REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO, COSMÉTICOS Y HOMEOPÁTICOS

| | |
|-----|--|
| 15. | 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. |
| 16. | 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 UNA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 17. | SUPERFICIE INTERNA EN M2. - INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES. |
| 18. | EL No. DEL R.I.F. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL. |

DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL

| | |
|-----|---|
| 19. | REGISTRO. - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL. |
| 20. | CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ. |
| 21. | TOMO. - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 22. | NÚMERO. - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |

PROTOCOLIZACIÓN

| | |
|-----|--|
| 23. | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 24. | MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 25. | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |

MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

| | |
|-----|---|
| 26. | REGISTRO. - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL. |
| 27. | CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ. |
| 28. | TOMO. - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRÓ DE COMERCIO. |
| 29. | NÚMERO. - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRÓ 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

PROTOCOLIZACIÓN

| | |
|-----|---|
| 30. | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 31. | MES. - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 32. | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 33. | MODIFICACIÓN. - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL. |

PROPIETARIO(S)

| | |
|-----|--|
| 34. | APELLIDOS. - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL. |
| 35. | NOMBRES. - EL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL. |
| 36. | No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD, RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD. |

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTIA Y COMERCIO

| | |
|-----|--|
| 37. | DOCUMENTO PRESENTADO. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE. |
| 38. | EL NÚMERO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD |
| 39. | LA ACTIVIDAD. -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. | 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. |
| 41. | 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. |
| 42. | 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. |
| 43. | ESTADO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 44. | MUNICIPIO OTORGANTE. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 45. | TIPO DE EMPRESA. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A REGISTRAR. |
| 46. | TENENCIA DEL LOCAL. - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL. |
| 47. | PROCEDENCIA DE LOS PRODUCTOS. - 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 IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA

| | |
|-----|---|
| 48. | NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL PODER. - A LA EMPRESA REPRESENTANTE EN VENEZUELA. |
| 49. | PAÍS. - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA. |
| 50. | CIUDAD. - DONDE ESTA UBICADA LA EMPRESA. |
| 51. | VALIDACIÓN DEL PODER OTORGADO. - CON SELLO CONSULADO VENEZOLANO O APOSTILLA. |

DATOS DEL PODER OTORGADO AL FARMACEUTICO (A) REGENTE

| | |
|-----|--|
| 52. | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL. - SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL REGISTRO MERCANTIL. |
| 53. | C.I. DEL REPRESENTANTE LEGAL. -RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O EXTRANJERA(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD. |
| 54. | NÚMERO. - ES EL NÚMERO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA. |
| 55. | TOMO. - ES EL TOMO DE REGISTRO EN LA NOTARIA PÚBLICA. |

"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

| | |
|-----|--|
| 56. | DÍA. - CORRESPONDE AL DÍA DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA. |
| 57. | MES. - CORRESPONDE AL MES DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA. |
| 58. | AÑO. - CORRESPONDE AL AÑO DE INSCRIPCIÓN EN LA NOTARIA PÚBLICA. |

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

| | |
|-----|---|
| 59. | ESTADO. -CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 60. | MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 61. | CIUDAD/POBLACIÓN. - 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. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - 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. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - 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. | EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN. - 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. | PISO/PLANTA/LOCAL. - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 66. | PUNTO DE REFERENCIA. - PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 67. | CÓDIGO POSTAL. - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 68. | No. DE TELÉFONO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LAS OFICINAS DE IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA). |
| 69. | NÚMERO DE FAX. -CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LAS OFICINAS DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 70. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA. |
| 71. | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB. - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA CASA DE REPRESENTACIÓN Y/O IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA. |

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACENE(ES)

| | |
|-----|---|
| 72. | ESTADO. - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 73. | MUNICIPIO. - EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 74. | CIUDAD/POBLACIÓN. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |

DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACENE(ES)

| | |
|-----|--|
| 75. | URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 76. | AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 77. | EDIFICIO/QUINTA/CASA GALPÓN. - EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |

..

"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

| | |
|-----|--|
| 78. | PISO/PLANTA/LOCAL.- EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA-DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 79. | PUNTO DE REFERENCIA.- PARA UBICAR EN FORMA RAPIDA LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 80. | CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |
| 81. | NÚMERO DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. (FAVOR INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA). |
| 82. | NÚMERO DE FAX.- 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. | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA IMPORTADORA- DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS REPELENTES DE INSECTOS DE USO TOPICO. |

D.- OBSERVACIONES DEL 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.

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.

| | |
|-----|--|
| 84. | NÚMERO DE PERMISO SANITARIO (NIVEL NACIONAL). |
| 85. | FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE. |
| 86. | OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO (A). |

..

"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/>