



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ALMACENADORAS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD			4. N° DE SOLICITUD
1. DIA	2. MES	3. AÑO	
5. TIPO DE PRODUCTOS QUE ALMACENARA			
<input type="checkbox"/> PRODUCTOS FARMACÉUTICOS		<input type="checkbox"/> MATERIA PRIMA FARMACEUTICA	
<input type="checkbox"/> PRODUCTOS COSMETICOS		<input type="checkbox"/> MATERIA PRIMA COSMÉTICA	

A.- DATOS DEL REGENTE AUTORIZADO(A)

6. APELLIDOS					7. NOMBRES					8. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				
9. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.					10. PROFESIÓN									
11. N° DE TELÉFONO					12. N° DE TELÉFONO MOVIL (OBLIGATORIO)					13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				

B.- DATOS DE LA ALMACENADORA

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL																		
15. OBJETO SOCIAL																		
16. SUPERFICIE INTERNA (M²)							17. N° DE RIF											
DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL																		
18. REGISTRO							19. CIRCUNSCRIPCIÓN											
20. TOMO							21. NÚMERO					PROTOCOLIZACIÓN						
												22. DÍA			23. MES		24. AÑO	
MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL																		
25. REGISTRO		26. CIRCUNSCRIPCIÓN			27. TOMO		28. NÚMERO		PROTOCOLIZACIÓN			32. MODIFICACIÓN						
									29. DIA			30. MES		31. AÑO				
PROPIETARIO(S)																		
33. APELLIDOS					34. NOMBRES					35. 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 -								

"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

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO								
36. DOCUMENTO PRESENTADO <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD		37. NÚMERO O	38. ACTIVIDAD			FECHA DE VENCIMIENTO		
						39. DÍA	40. MES	41. AÑO
42. ESTADO OTORGANTE			43. MUNICIPIO OTORGANTE					
44. TIPO DE EMPRESA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA			45. MODALIDAD <input type="checkbox"/> PRINCIPAL <input type="checkbox"/> SUCURSAL		46. TENENCIA DEL LOCAL <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO								
47. ESTADO			48. MUNICIPIO			49. CIUDAD /POBLACIÓN		
DIRECCIÓN								
50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
53. PISO/PLANTA/LOCAL		54. PUNTO DE REFERENCIA					55. CÓDIGO POSTAL	
56. N° DE TELÉFONO		57. N° DE FAX	58. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			59. PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO		

C.- OBSERVACIONES DEL REGENTE

--

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 REGENTE
D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE DEL FARMACEUTICO (A) DE LA DIVISION DE INSPECCION (NO ESCRIBIR)

60. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO								61. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:	
	-								
62. 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 DE SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ALMACENADORAS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION SIGUIENTE:

01	DÍA.- CORRESPONDE AL DÍA EN QUE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
02	MES.- CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
03	AÑO.- CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD DE PERMISO.
04	NÚMERO DE SOLICITUD.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
05	TIPO DE PRODUCTOS QUE COMERCIALIZARÁ.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE PRODUCTOS QUE COMERCIALIZARÁ.

A.- DATOS DEL REGENTE AUTORIZADO(A)

06	APELLIDOS.- COMPLETOS DEL REGENTE.
07	NOMBRES.- COMPLETOS DEL REGENTE.
08	No. DE CÉDULA DE IDENTIDAD.- RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
09	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.
10	PROFESIÓN.- EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
11	No. DE TELÉFONO.- DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
12	No. DE TELÉFONO MÓVIL.- DONDE LOCALIZARLO(A).
13	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

B.-DATOS DE LA ALMACENADORA

14	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.- SEGÚN REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL
15	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 ALMACENADORA.
16	SUPERFICIE INTERNA EN M2.- ES EL ÁREA TOTAL DE LA DROGUERÍA, INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES.
17	EL No. DEL R.I.F.- ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.

DATOS DEL REGISTRO MENCANTIL

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

PROTOCOLIZACIÓN

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

MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

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

PROTOCOLIZACIÓN

29	DÍA.- CORRESPONDE AL DÍA 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.

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

30	MES.- CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
31	AÑO.- CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
32	MODIFICACIÓN.- INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL.
PROPIETARIO(S)	
33	APELLIDOS.- DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
34	NOMBRES.- DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
35	NÚMERO DE LA CÉDULA.- RESEÑAR SI ES VENEZOLANO (A) (V) O EXTRANJERA(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.
DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTIA Y COMERCIO	
36	DOCUMENTO PRESENTADO.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA MISMA.
37	NÚMERO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD DE LA MISMA.
38	ACTIVIDAD.- SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA ALMACENADORA EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
39	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.
40	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.
41	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.
42	ESTADO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
43	MUNICIPIO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
44	TIPO DE EMPRESA.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A LA CUAL PERTENECE LA DROGUERÍA.
45	MODALIDAD.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE MODALIDAD A LA CUAL PERTENECE LA DROGUERÍA.
46	TENENCIA DEL LOCAL.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO	
47	ESTADO.- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.
48	MUNICIPIO.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.
49	CIUDAD/POBLACIÓN.- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.
DIRECCIÓN	
50	URBANIZACIÓN/SECTOR/ ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERIA.
51	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
52	EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.- CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
53	PISO/PLANTA/LOCAL.- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/ LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.

“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

54	PUNTO DE REFERENCIA.- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA DROGUERÍA.
55	CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.
56	No. DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA DROGUERÍA (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
57	No. DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA DROGUERÍA
58	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA DROGUERÍA
59	DIRECCION ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA DROGUERÍA.

C.- OBSERVACIONES DEL REGENTE

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL REGENTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD

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

D. 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

60	NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO (NIVEL NACIONAL)
61	FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE
62	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/>