



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

SOLICITUD DE REAPERTURA DE ESTABLECIMIENTOS

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			
<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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO								07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL							
08. OBJETO SOCIAL															
09. N° DE RIF						10. N° DE NIT						PERMISO SANITARIO EN EL MPPS			
								11. N° DE OFICIO		12. DIA		13. MES		14. AÑO	

B.- DATOS DEL REGENTE / FARMACEUTICO SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15. APELLIDOS						16. NOMBRES						17. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
												<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
18. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S				19. PROFESIÓN											
20. N° DE TELÉFONO						21. N° DE TELÉFONO MÓVIL						22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO															
23. ESTADO						24. MUNICIPIO						25. CIUDAD/POBLACIÓN			
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO															
26. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL						27. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA						28. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
29. PISO/PLANTA/LOCAL				30. PUNTO DE REFERENCIA								31. CÓDIGO POSTAL			
32. N° DE TELÉFONO				33. N° DE FAX				34. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				35. DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA Web			

"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

D.- DATOS DE LA REAPERTURA

36. DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA REAPERTURA:

E.- OBSERVACIONES DEL REGENTE/AUXILIAR DE FARMACIA SOLICITANTE

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 Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

FIRMA DEL REGENTE /AUXILIAR DE FARMACIA SOLICITANTE

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

37. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

38. 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 REAPERTURA DE ESTABLECIMIENTOS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

06	NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO. - CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD ANTE SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA.
07	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL. - SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.
08	OBJETO SOCIAL. - DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.
09	Nº DE RIF. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
10	Nº DE NIT. - ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.
11	NÚMERO DE OFICIO. EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
12	DÍA. -CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
13	MES. -CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
14	AÑO. -CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

B.-DATOS DEL REGENTE / FARMACEUTICO SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

15	APELLIDOS COMPLETOS DEL REGENTE / FARMACEUTICO.
16	NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE / FARMACEUTICO.
17	Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD. - RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
18	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.
19	PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
20	Nº DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
21	Nº DE TELÉFONO MÓVIL. - DONDE LOCALIZARLO(A).
22	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.

C.- OTROS DATOS DE LA SOLICITUD

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO

23	ESTADO. - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
24	MUNICIPIO. - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
25	CIUDAD/POBLACIÓN. - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

"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

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

26	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
27	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
28	EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.- CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
29	PISO/PLANTA/LOCAL.- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
30	PUNTO DE REFERENCIA.- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.
31	CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
32	No. DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO. (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
33	No. DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.
34	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.
35	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO.

D.-DATOS DE LA REAPERTURA

36	EL REGENTE/AUXILIAR DE FARMACIA SOLICITANTE DEBE INDICAR LOS MOTIVOS DE LA REPERTURA DEL ESTABLECIMIENTO.:
----	--

E.- OBSERVACIONES DEL REGENTE/ FARMACEUTICO SOLICITANTE

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL REGENTE/ FARMACEUTICO SOLICITANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.	
---	--

DECLARACIÓN JURADA EL REGENTE / FARMACEUTICO SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE REAPERTURA.

F. 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.

37	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
38	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/>