



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos,
División de Inspecciones

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL 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. NUMERO DE PERMISO SANITARIO | | | | | | 07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 089. OBJETO SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09. N° DE RIF | | | | 101. N° DE NIT | | | | PERMISO SANITARIO EN EL M.P.P.S | | | | | | | |
| | | | | | | | | 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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

| DATOS DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL | | | | | | | | | |
|--|---------------------|------------|------------|-----------------|-------------------------|---------|------------------|----------------------|--|
| 23. REGISTRO | 24. CIRCUNSCRIPCIÓN | 25. TOMO | 26. NÚMERO | PROTOCOLIZACIÓN | | | 30. MODIFICACIÓN | | |
| | | | | 27. DIA | 28. MES | 29. AÑO | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO | | | | | | | | | |
| 31. DOCUMENTO PRESENTADO | | 32. NÚMERO | | 33. ACTIVIDAD | | | | FECHA DE VENCIMIENTO | |
| <input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD <input type="checkbox"/> EXONERACIÓN | | | | | | | | 34. DÍA | |
| | | | | | | | | 35. MES | |
| | | | | | | | | 36. AÑO | |
| 37. ESTADO OTORGANTE | | | | | 38. MUNICIPIO OTORGANTE | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 39. NUEVO NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

"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.- 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

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

40. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

41. 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 NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL 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 PERMISO 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/ FARMACEUTUCO 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 SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA. CUANDO SE TRATE DE UN AUXILIAR DE FARMACIA CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADA LA CONSTANCIA COMO AUXILIAR DE FARMACIA ANTE EL SACS. |
| 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.-DATOS DE LA MODIFICACIÓN

DATOS DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

| | |
|----|---|
| 23 | REGISTRO. -INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL. |
| 24 | CIRCUNSCRIPCIÓN. - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ. |

"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

| | |
|------------------------|---|
| 25 | TOMO.- ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 26 | NÚMERO.- ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| PROTOCOLIZACIÓN | |
| 27 | DÍA.- CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 28 | MES.- CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 29 | AÑO.- CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 30 | MODIFICACIÓN, INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL. |

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO

| | |
|----|--|
| 31 | DOCUMENTO PRESENTADO.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE, FOTOCOPIA DE SOLICITUD O FOTOCOPIA DE LA EXONERACIÓN DE LA PATENTE. |
| 32 | NÚMERO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA. |
| 33 | ACTIVIDAD.- CORRESPONDE A LA ACTIVIDAD SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO. EN CASO DE PRESENTAR LA FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA |
| 34 | DÍA.- CORRESPONDE AL DÍA DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 35 | MES.- CORRESPONDE AL MES DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 36 | AÑO.- CORRESPONDE AL AÑO DE VENCIMIENTO DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 37 | ESTADO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 38 | MUNICIPIO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 39 | NUEVO NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.- EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NUEVO NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO. |

D. OBSERVACIONES DEL REGENTE / FARMACEUTICO REGENTE 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 NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.

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.

| | |
|----|--|
| 40 | FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE. |
| 41 | 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/>