



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE REGENCIA PARA 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 SOLICITUD <input type="checkbox"/> CAMBIO DE REGENCIA <input type="checkbox"/> CAMBIO DE DIRECTOR TÉCNICO			
06. 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

07. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO							08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL							
	-													
09. OBJETO SOCIAL														
10. N° DE RIF					11. N° DE NIT					PERMISO SANITARIO EN EL MPPS				
										12. N° DE OFICIO		13. DIA	14. MES	15. AÑO

B.- DATOS DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO(A)

16. APELLIDOS				17. NOMBRES				18. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
19. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S				20. PROFESIÓN							
21. N° DE TELÉFONO				22. N° DE TELÉFONO MOVIL				23. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

NUEVO REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO(A)													
24. APELLIDOS					25. NOMBRES					26. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
										<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
27. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S					28. PROFESIÓN								
29. N° DE TELÉFONO					30. N° DE TELÉFONO MÓVIL				31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				

D.- OBSERVACIONES DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO ENTRANTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

"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

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/ DIRECTOR TÉCNICO (ENTRANTE - SALIENTE)

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

32. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

33. 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 REGENCIA PARA 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 SOLICITUD.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE SOLICITUD.
06	TIPO DE ESTABLECIMIENTO.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

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

B.- DATOS DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO(A)

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

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

NUEVO REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO AUTORIZADO(A)

24	APELLIDOS COMPLETOS DEL REGENTE.
25	NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE.
26	Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD.- RESEÑAR SI ES VENEZOLANO(A) (V) O, EXTRANJERO(A) (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.
27	No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.- CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO

"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

	EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA.
28	PROFESIÓN. - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.
29	Nº DE TELÉFONO. - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
30	Nº DE TELÉFONO MÓVIL. - DONDE LOCALIZARLO(A).
31	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS

D. OBSERVACIONES DEL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO ENTRANTE

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO ENTRANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.

DECLARACIÓN JURADA, EL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS. EL REGENTE/DIRECTOR TÉCNICO (ENTRANTE-SALIENTE) DEBEN FIRMAR LA NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE REGENCIA.

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.

32	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
33	OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A).