



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

### SOLICITUD DE COPIAS CERTIFICADAS Y CONSTANCIAS

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<br><input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA<br><input type="checkbox"/> CONSTANCIA | 06. TIPO DE ESTABLECIMIENTO                        |   | 07. TIPO DE OFICIO                              |
|  | <input type="checkbox"/> LABORATORIOS FABRICANTES  | <input type="checkbox"/> ALMACENADORAS      |   |
|  | <input type="checkbox"/> CASAS DE REPRESENTACIÓN   | <input type="checkbox"/> ALMACÉN PRINCIPAL  | <input type="checkbox"/> TRASLADO               |
|  | <input type="checkbox"/> IMPORTADORA/DISTRIBUIDORA | <input type="checkbox"/> ALMACÉN SECUNDARIO | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE B.P.M.  |
|  | <input type="checkbox"/> OTROS                     |   | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE REGENCIA     |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PROPIETARIO  |

#### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

|                                 |   |  |  |  |               |  |                           |                  |  |                                 |  |         |  |         |  |
|---------------------------------|---|--|--|--|---------------|--|---------------------------|------------------|--|---------------------------------|--|---------|--|---------|--|
| 08. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO |   |  |  |  |               |  | 09. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL |                  |  |                                 |  |         |  |         |  |
|                                 | - |  |  |  |               |  |                           |                  |  |                                 |  |         |  |         |  |
| 10. OBJETO SOCIAL               |   |  |  |  |               |  |                           |                  |  |                                 |  |         |  |         |  |
| 11. N° DE RIF                   |   |  |  |  | 12. N° DE NIT |  |                           |                  |  | PERMISOSANITARIO EN EL M.P.P.S. |  |         |  |         |  |
|                                 |   |  |  |  |               |  |                           | 13. N° DE OFICIO |  | 14. DIA                         |  | 15. MES |  | 16. AÑO |  |

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

|                                  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |   |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 17. APELLIDOS                    |  |  |  |  | 18. NOMBRES              |  |  |  |  | 19. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD                         |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E |  |  |  |
| 20. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. |  |  |  |  | 21. PROFESIÓN            |  |  |  |  |   |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |   |  |  |  |
| 22. N° DE TELÉFONO               |  |  |  |  | 23. N° DE TELÉFONO MÓVIL |  |  |  |  | 24. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO                   |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |   |  |  |  |

#### C.- OBSERVACIONES DEL REGENTE/ FARMACEUTICO SOLICITANTE

|  |
|--|
|  |
|--|

"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

### 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 al Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL REGENTE / FARMACEUTICO SOLICITANTE**

#### D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

25. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:

26. OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A)

Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspecciones

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD COPIAS CERTIFICADAS Y CONSTANCIAS

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

|    |  |
|----|--|
| 01 | <b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.  |
| 02 | <b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.  |
| 03 | <b>AÑO.-</b> CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.  |
| 04 | <b>NÚMERO DE SOLICITUD.-</b> CORRESPONDE A NÚMERO DE CONTROL INTERNO.  |
| 05 | <b>TIPO DE SOLICITUD.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE SOLICITUD.             |
| 06 | <b>TIPO DE ESTABLECIMIENTO.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO. |
| 07 | <b>TIPO DE OFICIO.-</b> EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL TIPO DE OFICIO.                   |

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

|    |   |
|----|---|
| 08 | <b>NÚMERO DE PERMISO SANITARIO.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO DE PERMISO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD.  |
| 09 | <b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.-</b> SEGÚN REGISTRO MERCANTIL.  |
| 10 | <b>OBJETO SOCIAL.-</b> DE ACUERDO AL REGISTRO MERCANTIL, EL CUAL DEBE AJUSTARSE A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.                         |
| 11 | <b>Nº DE RIF.-</b> ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.   |
| 12 | <b>Nº DE NIT.-</b> ES EL NÚMERO DE ACUERDO A LA IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA.  |
| 13 | <b>NÚMERO DE OFICIO.-</b> EL SOLICITANTE DEBE INDICAR EL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO. |
| 14 | <b>DÍA.-</b> CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.                                 |
| 15 | <b>MES.-</b> CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO                                  |
| 16 | <b>AÑO.-</b> CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL PERMISO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.                                 |

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

|    |   |
|----|---|
| 17 | <b>APELLIDOS COMPLETOS DEL REGENTE / FARMACEUTICO.</b>  |
| 18 | <b>NOMBRES COMPLETOS DEL REGENTE/ FARMACEUTICO.</b>   |
| 19 | <b>Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD.-</b> RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO(A)</b> (V) O, <b>EXTRANJERO(A)</b> (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD.                |
| 20 | <b>No. DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.-</b> CORRESPONDE AL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ REGISTRADO EL TÍTULO DEL PROFESIONAL ANTE EL SERVICIO AUTONOMO DE CONTRALORIA SANITARIA. |
| 21 | <b>PROFESIÓN.-</b> EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.  |
| 22 | <b>Nº DE TELÉFONO DONDE LOCALIZARLO(A)</b> (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).   |
| 23 | <b>Nº DE TELÉFONO MÓVIL DONDE LOCALIZARLO(A).</b>   |
| 24 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO,</b> DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.  |

### C.-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.

"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

**DECLARACIÓN JURADA, EL REGENTE/ FARMACEUTICO SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA O CONSTANCIA.**

**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.**

|    |  |
|----|--|
| 25 | <b>FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.</b>       |
| 26 | <b>OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A).</b> |

**“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/>