



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO DE SERVICIO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DIA	02. MES	03. AÑO	

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	06. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
-				
07. OBJETO SOCIAL				
08. N° DE RIF		REGISTRO SANITARIO EN EL M.P.P.S		
		09. NÚMERO DE OFICIO	10. DIA	11. MES
				12. AÑO

B.- DATOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

13. APELLIDOS	14. NOMBRES	15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -
16. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S	17. PROFESIÓN	
18. N° DE TELÉFONO	19. N° DE TELÉFONO MOVIL	20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

C.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

DATOS DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL							
21. REGISTRO	22. CIRCUNSCRIPCIÓN	23. TOMO	24. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN			28. MODIFICACIÓN
				25. DIA	26. MES	27. AÑO	

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO					
29. DOCUMENTO PRESENTADO	30. NÚMERO	31. ACTIVIDAD		FECHA DE VENCIMIENTO	
<input type="checkbox"/> PATENTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD <input type="checkbox"/> EXONERACIÓN				32. DÍA	33. MES
					34. AÑO
35. ESTADO OTORGANTE			36. MUNICIPIO OTORGANTE		
37. TENENCIA DEL LOCAL PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO			38. TIPO DE TRASLADO <input type="checkbox"/> OFICINA ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> ALMACEN <input type="checkbox"/> PLANTA DE PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> TODO EL ESTABLECIMIENTO		
NUEVA UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA					
39. ESTADO		40. MUNICIPIO		41. CIUDAD /POBLACIÓN	
DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA					
42. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		43. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		44. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	

"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

45. PISO/PLANTA/LOCAL	46. PUNTO DE REFERENCIA		47. CÓDIGO POSTAL
48. N° DE TELÉFONO	49. N° DE FAX	50. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	51. PÁGINA WEB
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO MEDICO ASISTENCIAL Y/O ESTABLECIMIENTO DE UNIDOSIS			
52. ESTADO	53. MUNICIPIO		54. CIUDAD /POBLACIÓN
DIRECCIÓN			
55. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	56. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		57. EDIFICIO/GALPÓN
58. PISO/PLANTA/LOCAL	59. PUNTO DE REFERENCIA		60. CÓDIGO POSTAL
61. N° DE TELÉFONO	62. N° DE FAX	63. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	64. PÁGINA WEB
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ALMACEN			
65. ESTADO	66. MUNICIPIO		67. CIUDAD /POBLACIÓN
DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACEN(ES)			
68. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	69. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		70. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
71. PISO/PLANTA/LOCAL	72. PUNTO DE REFERENCIA		73. CÓDIGO POSTAL
74. N° DE TELÉFONO	75. N° DE FAX	76. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	77. PÁGINA WEB

D.- OBSERVACIONES DEL REGENTE 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.

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 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 (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

78. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE:
79. OBSERVACIONES DEL FUNCIONARIO(A):



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO SOLICITUD DE PERMISO DE SERVICIOS DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:

1.	DÍA.- CORRESPONDE AL DÍA EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
2.	MES.- CORRESPONDE AL MES EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
3.	AÑO.- CORRESPONDE AL AÑO EN QUE SE REALIZA LA SOLICITUD.
4.	NÚMERO DE SOLICITUD.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE CONTROL INTERNO.

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

5.	NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITA LA CARPETA DE SOLICITUD ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD.
6.	NOMBRE O RAZÓN 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.
7.	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 EL TIPO DE ESTABLECIMIENTO A TRASLADAR.
8.	Nº DE RIF.- ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.
9.	NÚMERO DE OFICIO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
10.	DÍA.- CORRESPONDE AL DÍA DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
11.	MES.- CORRESPONDE AL MES DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.
12.	AÑO.- CORRESPONDE AL AÑO DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DEL ESTABLECIMIENTO.

B.-DATOS DEL (LA) FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE AUTORIZADO(A)

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

C.-DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

DATOS DE LAS MODIFICACIONE REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL

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

PROTOCOLIZACIÓN

"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.	DÍA.- CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
26.	MES.- CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
27.	AÑO.- CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.
28.	MODIFICACIÓN, INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL.

DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO

29.	DOCUMENTO PRESENTADO.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE, FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA.
30.	NÚMERO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, SOLICITUD O EXONERACIÓN DE LA MISMA.
31.	ACTIVIDAD.- SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO, LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE ACUERDO AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO A TRASLADAR. EN CASO DE PRESENTAR LA FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE O EXONERACIÓN DE LA MISMA, ESTE NUMERAL NO APLICA.
32.	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.
33.	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.
34.	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.
35.	ESTADO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
36.	MUNICIPIO OTORGANTE.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.
37.	TENENCIA DEL LOCAL.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.
38.	TIPO DE TRASLADO.- EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE TRASLADO QUE REALIZARÁ.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

39.	ESTADO.- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL ESTADO DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
40.	MUNICIPIO.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
41.	CIUDAD/POBLACIÓN.- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.

DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA

42.	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
43.	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA

“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

	DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
44.	EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN.- CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
45.	PISO/PLANTA/LOCAL.- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
46.	PUNTO DE REFERENCIA.- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA EL ESTABLECIMIENTO.
47.	CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADA LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO EL ESTABLECIMIENTO.
48.	Nº DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA). EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO.
49.	NÚMERO DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DEL ESTABLECIMIENTO.
50.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO.
51.	DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA. EN CASO QUE VAYA A TRASLADAR TODO EL ESTABLECIMIENTO, CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO MEDICO ASISTENCIAL Y/O ESTABLECIMIENTO DE UNIDOSIS

52.	ESTADO.- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN
53.	MUNICIPIO.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
54.	CIUDAD/POBLACIÓN.- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.

DIRECCIÓN

55.	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN /SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
56.	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
57.	EDIFICIO/GALPÓN, CORRESPONDE AL EDIFICIO/ GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
58.	PISO/PLANTA/LOCAL.- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN
59.	PUNTO DE REFERENCIA.- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
60.	CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL NÚMERO DEL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ

"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

	UBICADA LA PLANTA DE PRODUCCIÓN
61.	Nº DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
62.	NÚMERO DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN.
63.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.- CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA.
64.	PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA.
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)	
65.	ESTADO.- CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
66.	MUNICIPIO.- CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
67.	CIUDAD/POBLACIÓN.- CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
DIRECCIÓN DEL (DE LOS) ALMACÉN(ES)	
68.	URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL.- CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
69.	AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.- CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
70.	EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN.- CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
71.	PISO/PLANTA/LOCAL.- CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
72.	PUNTO DE REFERENCIA.- CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA, PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
73.	CÓDIGO POSTAL.- CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA DONDE ESTÁ UBICADO LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
74.	Nº DE TELÉFONO.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).
75.	NÚMERO DE FAX.- CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LOS ALMACENES DE LA EMPRESA.
76.	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA.
77.	PÁGINA WEB.- CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA EMPRESA.
D. OBSERVACIONES DEL REGENTE	
DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL REGENTE SOLICITANTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD.	
DECLARACIÓN JURADA EL REGENTE SOLICITANTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE 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.	
78.	FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE.
79.	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/>