

## SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ALMACENADORAS

LEER EL INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

| FECHA DE SOLICITUD                               |        |   | 04. N° DE SOLICITUD |
|--|--------|---|---------------------|
| 01.DIA   | 02.MES | 03. AÑO   |                     |
| 05.TIPO DE PRODUCTOS QUE ALMACENARA              |        |   |                     |
| <input type="checkbox"/> PRODUCTOS FARMACÉUTICOS |        | <input type="checkbox"/> MATERIA PRIMA FARMACEUTICA |                     |
| <input type="checkbox"/> PRODUCTOS COSMETICOS    |        | <input type="checkbox"/> MATERIA PRIMA COSMÉTICA    |                     |

### A.- DATOS DEL (LA) REGENTE AUTORIZADO(A)

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 06. APELLIDOS                    |  |  |  | 07. NOMBRES                            |  |  |  | 08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD                           |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |  |  |  |  |
| 09. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S. |  |  |  | 10. PROFESIÓN                          |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 11. N° DE TELÉFONO               |  |  |  | 12. N° DE TELÉFONO MOVIL (OBLIGATORIO) |  |  |  | 13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO                     |  |  |  |  |  |

### B.- DATOS DE LA ALMACENADORA

| 14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL                       |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
|---|---------------------|----------|------------|-----------------|---------|---------------------|------------------|---|--|--|--|
| 15. OBJETO SOCIAL                               |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
| 16. SUPERFICIE INTERNA (M²)                     |                     |          |            |                 |         | 17. N° DE RIF       |                  |   |  |  |  |
| DATOS DEL REGISTRO MERCANTIL                    |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
| 18. REGISTRO                                    |                     |          |            |                 |         | 19. CIRCUNSCRIPCIÓN |                  |   |  |  |  |
| 20. TOMO  |                     |          |            |                 |         | 21. NÚMERO          |                  |   |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         | PROTOCOLIZACIÓN     |                  |   |  |  |  |
|   |                     |          |            | 22. DÍA         |         | 23. MES             |                  | 24. AÑO   |  |  |  |
| MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
| 25. REGISTRO                                    | 26. CIRCUNSCRIPCIÓN | 27. TOMO | 28. NÚMERO | PROTOCOLIZACIÓN |         |                     | 32. MODIFICACIÓN |   |  |  |  |
|   |                     |          |            | 29. DIA         | 30. MES | 31. AÑO             |                  |   |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
| PROPIETARIO(S)                                  |                     |          |            |                 |         |                     |                  |   |  |  |  |
| 33. APELLIDOS                                   |                     |          |            | 34. NOMBRES     |         |                     |                  | 35. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD                           |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         |                     |                  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         |                     |                  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |  |  |
|   |                     |          |            |                 |         |                     |                  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |  |  |

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control

| DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO   |               |   |                         |  |                   |
|---|---------------|---|-------------------------|--|-------------------|
| 36. DOCUMENTO PRESENTADO<br><input type="checkbox"/> PATENTE<br><input type="checkbox"/> SOLICITUD                            | 37. NÚMERO    | 38. ACTIVIDAD   | FECHA DE VENCIMIENTO    |  |                   |
|   |               |   | 39. DÍA                 | 40. MES  | 41. AÑO           |
| 42. ESTADO OTORGANTE  |               |   | 43. MUNICIPIO OTORGANTE |  |                   |
| 44. TIPO DE EMPRESA<br><input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA |               | 45. MODALIDAD<br><input type="checkbox"/> PRINCIPAL <input type="checkbox"/> SUCURSAL |                         | 46. TENENCIA DEL LOCAL<br><input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/> COMODATO |                   |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO  |               |   |                         |  |                   |
| 47. ESTADO  |               | 48. MUNICIPIO   |                         | 49. CIUDAD /POBLACIÓN  |                   |
| DIRECCIÓN   |               |   |                         |  |                   |
| 50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL   |               | 51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA  |                         | 52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN  |                   |
| 53. PISO/PLANTA/LOCAL   |               | 54. PUNTO DE REFERENCIA   |                         |  | 55. CÓDIGO POSTAL |
| 56. N° DE TELÉFONO  | 57. N° DE FAX | 58. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO   |                         | 59. PÁGINA WEB DEL ESTABLECIMIENTO   |                   |

**C.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE**

**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) REGENTE**

**D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE DEL FARMACEUTICO (A) DE LA DIVISION DE INSPECCION (NO ESCRIBIR)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|
| 60. NÚMERO DE PERMISO SANITARIO            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 61. FUNCIONARIO(A) RESPONSABLE: |
| -  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |
| 62. OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO(A): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |

F.02-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS ALMACENADORAS**

INDIQUE EN EL FORMULARIO LA INFORMACION SIGUIENTE:

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control

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

**A.- DATOS DEL (LA) REGENTE AUTORIZADO(A)**

|    |  |
|----|--|
| 06 | <b>APELLIDOS.</b> - COMPLETOS DEL (LA) REGENTE.  |
| 07 | <b>NOMBRES.</b> - COMPLETOS DEL (LA) REGENTE.  |
| 08 | <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.               |
| 09 | <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 AUTÓNOMO DE CONTRALORIA SANITARIA. |
| 10 | <b>PROFESIÓN.</b> - EL SOLICITANTE DEBE INDICAR SU PROFESIÓN.  |
| 11 | <b>No. DE TELÉFONO.</b> - DONDE LOCALIZARLO(A) (FAVOR INCLUIR EL <b>CÓDIGO DE ÁREA</b> ).  |
| 12 | <b>No. DE TELÉFONO MÓVIL.</b> - DONDE LOCALIZARLO(A).  |
| 13 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - DONDE SE LE PUEDA ENVIAR ALGUNA INFORMACIÓN DE SU INTERÉS.   |

**B.-DATOS DE LA ALMACENADORA**

|    |  |
|----|--|
| 14 | <b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.</b> - SEGÚN REGISTRO DE COMERCIO DE LA EMPRESA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO MERCANTIL   |
| 15 | <b>OBJETO SOCIAL.</b> - 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 UNA ALMACENADORA. |
| 16 | <b>SUPERFICIE INTERNA EN M2.-</b> ES EL ÁREA TOTAL DE LA DROGUERÍA, INCLUYENDO ÁREAS DE OFICINA Y ALMACENES.   |
| 17 | <b>EL No. DEL R.I.F.-</b> ES EL NÚMERO DE ACUERDO AL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL.   |

**DATOS DEL REGISTRO MENCANTIL**

|    |   |
|----|---|
| 18 | <b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL                             |
| 19 | <b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ. |
| 20 | <b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.       |
| 21 | <b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.   |

**PROTOCOLIZACIÓN**

|    |  |
|----|--|
| 22 | <b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 23 | <b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |
| 24 | <b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO. |

**MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL**

|    |   |
|----|---|
| 25 | <b>REGISTRO.</b> - INDICAR EL NOMBRE DEL REGISTRO MERCANTIL.                            |
| 26 | <b>CIRCUNSCRIPCIÓN.</b> - INDICAR LA CIRCUNSCRIPCIÓN DEL ESTADO EN EL CUAL SE REGISTRÓ. |
| 27 | <b>TOMO.</b> - ES EL TOMO BAJO EL CUAL FUE INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.         |
| 28 | <b>NÚMERO.</b> - ES EL NÚMERO BAJO EL CUAL FUE INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.     |

**PROTOCOLIZACIÓN**

|    |   |
|----|---|
| 29 | <b>DÍA.</b> - CORRESPONDE AL DÍA EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.                    |
| 30 | <b>MES.</b> - CORRESPONDE AL MES EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.                    |
| 31 | <b>AÑO.</b> - CORRESPONDE AL AÑO EN EL CUAL QUEDÓ INSCRITO EN EL REGISTRO DE COMERCIO.                    |
| 32 | <b>MODIFICACIÓN.</b> - INDICAR LA(S) CLAUSULA(S) QUE FUE O FUERON MODIFICADA(S) EN EL REGISTRO MERCANTIL. |

**PROPIETARIO(S)**

|    |  |
|----|--|
| 33 | <b>APELLIDOS.</b> - DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.  |
| 34 | <b>NOMBRES.</b> - DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL.  |
| 35 | <b>NÚMERO DE LA CÉDULA.</b> - RESEÑAR SI ES <b>VENEZOLANO (A)</b> (V) O <b>EXTRANJERA(A)</b> (E) Y A CONTINUACIÓN EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL O LOS PROPIETARIOS QUE APARECEN EN EL REGISTRO MERCANTIL. |

**DATOS DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO**

|    |  |
|----|--|
| 36 | <b>DOCUMENTO PRESENTADO.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) LA CASILLA CORRESPONDIENTE AL DOCUMENTO PRESENTADO: FOTOCOPIA DE LA PATENTE O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA MISMA.                                       |
| 37 | <b>NÚMERO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO O SOLICITUD DE LA MISMA.   |
| 38 | <b>ACTIVIDAD.</b> - SEÑALADA EN LA PATENTE DE INDUSTRIA Y COMERCIO LA CUAL DEBE ESTAR RELACIONADA CON EL OBJETO SOCIAL DE UNA ALMACENADORA EN CASO DE PRESENTAR FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA. |
| 39 | <b>DÍA.</b> - 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.  |
| 40 | <b>MES.</b> - 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.  |
| 41 | <b>AÑO.</b> - 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.  |
| 42 | <b>ESTADO OTORGANTE.</b> - CORRESPONDE AL ESTADO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.  |
| 43 | <b>MUNICIPIO OTORGANTE.</b> - CORRESPONDE AL MUNICIPIO DONDE SE OTORGA LA PATENTE. EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD DE LA PATENTE, ESTE NUMERAL NO APLICA.  |
| 44 | <b>TIPO DE EMPRESA.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE EMPRESA A LA CUAL PERTENECE LA DROGUERÍA.  |
| 45 | <b>MODALIDAD.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL TIPO DE MODALIDAD A LA CUAL PERTENECE LA DROGUERÍA.  |
| 46 | <b>TENENCIA DEL LOCAL.</b> - EL SOLICITANTE DEBERÁ TILDAR (SEÑALAR) CON UNA X LA CASILLA CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA TENENCIA DEL LOCAL.   |

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTABLECIMIENTO**

|    |  |
|----|--|
| 47 | <b>ESTADO.</b> - CORRESPONDE AL ESTADO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.                       |
| 48 | <b>MUNICIPIO.</b> - CORRESPONDE AL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA.                 |
| 49 | <b>CIUDAD/POBLACIÓN.</b> - CORRESPONDE A LA CIUDAD/POBLACIÓN EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA ALMACENADORA. |

**DIRECCIÓN**

|    |   |
|----|---|
| 50 | <b>URBANIZACIÓN/SECTOR/ ZONA INDUSTRIAL.</b> - CORRESPONDE A LA URBANIZACIÓN/ZONA INDUSTRIAL EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA. |
| 51 | <b>AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA.</b> - CORRESPONDE A LA AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.       |
| 52 | <b>EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON.</b> - CORRESPONDE AL EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.             |
| 53 | <b>PISO/PLANTA/LOCAL.</b> - CORRESPONDE AL PISO/PLANTA/ LOCAL EN EL QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.                                |
| 54 | <b>PUNTO DE REFERENCIA.</b> - CORRESPONDE AL PUNTO DE REFERENCIA PARA UBICAR EN FORMA RÁPIDA LA DROGUERÍA.                        |
| 55 | <b>CÓDIGO POSTAL.</b> - CORRESPONDE AL CÓDIGO POSTAL DEL ÁREA EN LA QUE ESTÁ UBICADA LA DROGUERÍA.                                |
| 56 | <b>No. DE TELÉFONO.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA DROGUERÍA (FAVOR INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA).                    |
| 57 | <b>No. DE FAX.</b> - CORRESPONDE AL NÚMERO DE FAX DE LA DROGUERÍA   |
| 58 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.</b> - CORRESPONDE A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA DROGUERÍA                        |
| 59 | <b>DIRECCION ELECTRÓNICA DE LA PÁGINA WEB.</b> - CORRESPONDE AL NOMBRE DE LA PÁGINA WEB DE LA DROGUERÍA.                          |

**C.- OBSERVACIONES DEL (LA) REGENTE**

DEBE SER LLENADO EN CASO QUE EL (LA) REGENTE TENGA QUE HACER ALGUNAS OBSERVACIONES SIGNIFICATIVAS CON RELACIÓN AL TIPO DE SOLICITUD

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control

**DECLARACIÓN JURADA EL REGENTE DEBE RELLENAR LA DECLARACIÓN JURADA CON LOS DATOS SOLICITADOS Y DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DEL PERMISO SANITARIO.**

**D. PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE. - DEBE SER LLENADO SOLAMENTE POR EL FUNCIONARIO(A) AUTORIZADO(A) DE LA DIVISIÓN DE INSPECCIONES Y FARMACOVIGILANCIA EN LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y COSMÉTICOS, NIVEL CENTRAL PARA EVALUAR LA SOLICITUD**

|    |   |
|----|---|
| 60 | <b>NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO (NIVEL NACIONAL)</b> |
| 61 | <b>FUNCIONARIO (A) RESPONSABLE</b>                    |
| 62 | <b>OBSERVACIONES DEL (LA) FUNCIONARIO (A)</b>         |

F.02-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022