

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Cosméticos

## SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTOS COSMÉTICOS NACIONAL O IMPORTADO

(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

**A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO**

06. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										07. ORIGEN DEL PRODUCTO										
										<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO										
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO															FECHA DE REGISTRO SANITARIO					
															09. DÍA		10. MES		11. AÑO	
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO															13. N° DE REGISTRO SANITARIO					

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

14. APELLIDOS				15. NOMBRES				16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD				17. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS							
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																			
18. ESTADO				19. MUNICIPIO				20. CIUDAD											
DIRECCIÓN																			
21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA				23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON											
24. PISO/PLANTA/LOCAL		25. CÓDIGO POSTAL		26. PUNTO DE REFERENCIA															
				27. N° DE TELÉFONO				28. N° DE CELULAR				29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

**C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN**

31. EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR															
32. N° DE RIF								33. N° DE NIT							

### 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 (LA) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE**

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

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE								35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE							

F.17-DMC-PC-OPP-AGOSTO 202

