

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

## SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE PAÍS FABRICANTE DE REPELENTE DE INSECTOS NACIONAL O IMPORTADO

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

|  |                    |         |         |                     |
|--|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 01. TIPO DE MODIFICACIÓN<br><input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PAIS FABRICANTE DEL PRODUCTO<br><input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DEL PAIS FABRICANTE DEL PRODUCTO<br><input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DEL PAIS FABRICANTE DEL PRODUCTO | FECHA DE SOLICITUD |         |         | 05. N° DE SOLICITUD |
|  | 02. DÍA            | 03. MES | 04. AÑO |                     |

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO   | 07. ORIGEN DEL PRODUCTO<br><input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO |
|                                    |   |
| 08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO      | FECHA DE REGISTRO SANITARIO   |
|                                    | 09. DIA    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<br><input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - | 17. N° DE MATRICULA DEL MPPS |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA                    |                                   |  |                              |
| 18. ESTADO                              | 19. MUNICIPIO                     | 20. CIUDAD   |                              |
| DIRECCIÓN                               |                                   |  |                              |
| 21. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | 22. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA | 23. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN  |                              |
| 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 (Fabricante del Producto a Incluir o cambio)

|  |                                 |                              |
|--|---------------------------------|------------------------------|
| 31. ORIGEN DE LA EMPRESA<br><input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> EXTRANJERA | 32. RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE | 33. N° DE REGISTRO SANITARIO |
|  |                                 |                              |
| 34. N° DE RIF  | 35. N° DE NIT                   |                              |

### D.- UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL

|   |                                    |                                     |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| 36. ESTADO                              | 37. MUNICIPIO                      | 38. CIUDAD                          |
| DIRECCIÓN                               |                                    |                                     |
| 39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | 40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA | 41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN     |
| 42. PISO/PLANTA/LOCAL                   | 43. CÓDIGO POSTAL                  | 44. PUNTO DE REFERENCIA             |
| 45. N° DE TELÉFONO                      | 46. N° DE FAX                      | 47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
|   |                                    | 48. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB         |

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

**E.- UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA**

|          |            |               |
|----------|------------|---------------|
| 49. PAÍS | 50. CIUDAD | 51. DIRECCIÓN |
|----------|------------|---------------|

**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**

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

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 52. FARMACÉUTICO RESPONSABLE | 53. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE |
|------------------------------|--|

F.30-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022