



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría SanitariaDirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos**sacs****SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (FABRICANTE, IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA) DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO**

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

| | | | | |
|--|--------------------|---------|---------|----------------------|
| 01. TIPO DE MODIFICACIÓN | FECHA DE SOLICITUD | | | 05. N.º DE SOLICITUD |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE IMPORTADORA | 02. DÍA | 03. MES | 04. AÑO | |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE DISTRIBUIDORA | | | | |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN DEL FABRICANTE | | | | |

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 06. NÚMERO 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.º DE REGISTRO SANITARIO | |
| | | |

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|-------------------------------|
| 14. APELLIDOS | 15. NOMBRES | 16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD | 17. N.º 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/GALPÓN | |
| 24. PISO/PLANTA/LOCAL | 25. CÓDIGO POSTAL | 26. PUNTO DE REFERENCIA | |
| 27. N.º DE TELÉFONO | 28. N.º DE CELULAR | 29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB |

C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

| | |
|---|--|
| 31. RAZÓN SOCIAL ACTUAL DEL DISTRIBUIDOR, PROPIETARIO Y/O FABRICANTE DEL PRODUCTO | 32. NUEVA RAZÓN SOCIAL DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO |
| | 33. N.º DE RIF |
| | 34. N.º DE NIT |



@sacs_ve

*Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria*Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Servicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria

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

sacs

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)

35. FARMACÉUTICO RESPONSABLE

36. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.11-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



*Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.*

