

**SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (FABRICANTE, IMPORTADORA  
Y/O DISTRIBUIDORA) DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO  
NACIONAL O IMPORTADO**

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

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE IMPORTADORA <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE DISTRIBUIDORA <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RAZÓN DEL FABRICANTE	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 <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 <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	17. N° DE MATRÍCULA 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**

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



## 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.12-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.

