



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 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 RAZON DEL FABRICANTE	FECHA DE SOLICITUD 02. DÍA	03. MES	04. AÑO	05. N.º DE SOLICITUD
---	-------------------------------	---------	---------	----------------------

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. DIA	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 <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	17. N.º 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.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.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.

