



**SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DEL REPRESENTANTE NACIONAL  
DEL REGISTRO 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
	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DEL REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL) <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO IMPORTADO) <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO) <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE REPRESENTANTE NACIONAL (PRODUCTO NACIONAL O IMPORTADO)				

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

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	07. ORIGEN DEL PRODUCTO
	<input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL <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 <input type="checkbox"/> JURÍDICO <input type="checkbox"/> NATURAL	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



@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.





**C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Cambio del Representante del Registro Sanitario)**

31. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL		32. N.º DE REGISTRO SANITARIO	
33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		34. N.º DE RIF/C.I.	35. N.º DE NIT
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
36. ESTADO	37. MUNICIPIO		38. CIUDAD
DIRECCIÓN			
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
42. PISO/PLANTA/LOCAL	43. CÓDIGO POSTAL	44. PUNTO DE REFERENCIA	
45. N.º DE TELÉFONO	46. N.º DE FAX	47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	48. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB



@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)

49. FARMACÉUTICO RESPONSABLE

50. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.13-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.

