

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Cosméticos**SOLICITUD DE CAMBIO DE FARMACÉUTICO PATROCINANTE DE PRODUCTOS  
COSMÉTICOS NACIONAL O IMPORTADO**

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

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DÍA	02. MES	03. AÑO	

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

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO												06. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO											
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO												FECHA DE REGISTRO SANITARIO											
												08. DÍA				09. MES				10. AÑO			
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO												12. N° DE REGISTRO SANITARIO											

**B.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Farmacéutico Patrocinante)**

13. APELLIDOS				14. NOMBRES				15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				16. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA															
17. ESTADO				18. MUNICIPIO				19. CIUDAD							
DIRECCIÓN															
20. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA				22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN							
23. PISO/PLANTA/LOCAL		24. CÓDIGO POSTAL				25. PUNTO DE REFERENCIA									
26. N° DE TELÉFONO				27. N° DE CELULAR				28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				29. 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.

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

### 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**

#### C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE

31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.15-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.

