



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

**SACS**

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

## **SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE PRODUCTOS COSMÉTICOS NACIONAL O IMPORTADO**

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

### **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° 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. CODIGO 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. EMPRESA DEL PRODUCTO A EXCLUIR	
32. N° DE RIF	33. 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.





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)

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE

35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.17-DMC-PC-OPP-AGOSTO 202



@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.

