

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 REPELENTES 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		FECHA DE SOLICITUD		05. N° DE SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE LA EMPRESA FABRICANTE	<input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE LA EMPRESA FABRICANTE	02. DÍA	03. MES		04. AÑO
<input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA	<input type="checkbox"/> OTROS: _____				

### 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		17. N° 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° 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.



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**

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

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.18-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.*

