

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

## SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA 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° DE SOLICITUD
<input checked="" type="checkbox"/> CAMBIO DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input checked="" type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA <input checked="" type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA		<input type="checkbox"/> CAMBIO DE LA EMPRESA IMPORTADORA <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE LA EMPRESA IMPORTADORA <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE LA EMPRESA IMPORTADORA			
		02. DÍA	03. MES	04. AÑO	

### 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 MPDS	
				<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.


**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.19-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.