

## **SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE VARIEDADES 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 DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR)				
<input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR)				
<input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR)				

## 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.º DE REGISTRO SANITARIO		

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD	17. N.º DE MATRICULA DEL MPPS					
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -						
<b>UBICACION GEOGRAFICA</b>								
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD						
<b>DIRECCION</b>								
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.





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

## C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN

31. VARIEDAD: <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> OLOR · <input type="checkbox"/> SABOR	32. SUBCLASE DE LA VARIEDAD	33. CANTIDAD DE VARIEDADES
34.-NOMBRE DE LA VARIEDAD A INCLUIR		

## 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)

35. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	36. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.23-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.

