



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**Servicio Autónomo  
de Contraloría SanitariaDirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Cosméticos**sacs****SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE VARIEDADES DEL PRODUCTO REPELENTE 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 VARIEDADES (COLOR, OLOR Y SABOR)	02. DÍA	03. MES	04. AÑO	
<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. 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



@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 SanitariaDirección 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.
- 3.

---

**FIRMA DEL (LA) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE****D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

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

F.24-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.