

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

SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE PAÍS FABRICANTE 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 <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DEL PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DEL PAÍS FABRICANTE DEL PRODUCTO	FECHA DE SOLICITUD 02. DÍA 03. MES 04. AÑO	05. N° DE SOLICITUD
--	---	---------------------

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	FECHA DE REGISTRO SANITARIO 09. DÍA 10. MES 11. AÑO
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	13. N° DE REGISTRO SANITARIO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
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 (Fabricante del Producto a Incluir o cambio)

31. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	32. RAZÓN SOCIAL DEL FABRICANTE <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	33. N° DE REGISTRO SANITARIO <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
34. N° DE RIF	35. N° DE NIT	

D.- UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL

36. ESTADO	37. MUNICIPIO	38. CIUDAD
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
42. PISO/PLANTA/LOCAL	43. CÓDIGO POSTAL	44. PUNTO DE REFERENCIA
45. N° DE TELÉFONO	46. N° DE FAX	
47. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	48. 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.



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

E.-UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA

49. PAÍS	50. CIUDAD	51. DIRECCIÓN
----------	------------	---------------

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

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

52. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	53. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.29-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.

