



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 AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA DE PRODUCTOS REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO****(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)**

FECHA DE SOLICITUD			04. N.º DE SOLICITUD	
01.	02. MES	03. AÑO		

**A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO**

05. N.º DE REGISTRO SANITARIO	06. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO	FECHA DE REGISTRO SANITARIO 08. DIA 09. MES 10. AÑO
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	12. N.º DE REGISTRO SANITARIO

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

13. APELLIDOS	14. NOMBRES	15. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	16. N.º DE MATRÍCULA DEL MPPS
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
17. ESTADO	18. MUNICIPIO	19. CIUDAD	
DIRECCIÓN			
20. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA	22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
23. PISO/PLANTA/LOCAL	24. CÓDIGO POSTAL	25. PUNTO DE REFERENCIA	
26. N.º DE TELÉFONO	27. N.º DE CELULAR	28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	29. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**C.- AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA**

30. AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA (Indicando Cantidad, lote



@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)

31. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	32. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.34-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.

