

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTO  
COSMETICO NACIONAL O IMPORTADO**

(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

| FECHA DE SOLICITUD |         |         | 04. N° DE SOLICITUD |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 01. DÍA            | 02. MES | 03. AÑO |                     |

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

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |         |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|---------|--|
| 05. N° DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA (N.S.O.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 06. ORIGEN DEL PRODUCTO  |  |  |  |         |  |  |  |         |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO |  |  |  |         |  |  |  |         |  |
| 07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DEL REGISTRO SANITARIO   |  |  |  |         |  |  |  |         |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 08. DÍA  |  |  |  | 09. MES |  |  |  | 10. AÑO |  |
| 11. TITULAR DE LA NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 12. N° DE REGISTRO SANITARIO   |  |  |  |         |  |  |  |         |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |         |  |

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

|   |  |  |  |                                   |  |  |  |   |  |  |  |                              |  |  |  |
|---|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|------------------------------|--|--|--|
| 13. APELLIDOS                           |  |  |  | 14. NOMBRES                       |  |  |  | 15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD                           |  |  |  | 16. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS |  |  |  |
|   |  |  |  |                                   |  |  |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E - |  |  |  |                              |  |  |  |
| 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° DE TELÉFONO                      |  |  |  | 27. N° DE CELULAR                 |  |  |  | 28. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO                     |  |  |  | 29. 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



## 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**

### C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 30. FARMACÉUTICO RESPONSABLE | 31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE |
| <br><br><br><br><br>         | <br><br><br><br><br>                           |

F.03-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.

