

## **SOLICITUD DE CAMBIO DE PROPIETARIO EN EL REGISTRO 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 DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO COSMETICO NACIONAL <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO COSMETICO IMPORTADO <input type="checkbox"/> CAMBIO DEL PROPIETARIO DE PRODUCTO COSMETICO NACIONAL E IMPORTADO				

## A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO												07. ORIGEN DEL PRODUCTO		
												<input type="checkbox"/> IMPORTADO	<input type="checkbox"/> NACIONAL	<input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO
08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO												FECHA DE REGISTRO SANITARIO		
												09. DIA	10. MES	11. AÑO
12. TITULAR DE REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> JURIDICO <input type="checkbox"/> NATURAL												13. N.º DE REGISTRO SANITARIO		

## **B. DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

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





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE 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 (Cambio del Representante del Registro Sanitario)**

31. TIPO DE PERSONA	32. N.º DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL								
33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	34. N.º DE RIF/C.I.				35. N.º DE NIT			

UBICACIÓN GEOGRÁFICA											
36. ESTADO	37. MUNICIPIO				38. CIUDAD						
DIRECCIÓN											
39. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			40. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			41. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON					
42. PISO/PLANTA/LOCAL	43. CÓDIGO POSTAL		44. PUNTO DE REFERENCIA								
45. N.º DE TELÉFONO	46. N.º 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.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE 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**

## 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 correspondientemente 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)

49. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	50. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.05-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.

