



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 DE DENOMINACIÓN 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)**

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

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

05. NÚMERO 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. DÍA      09. MES      10. AÑO
11. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	12. N° DE REGISTRO SANITARIO

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

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

**C.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN**

30. NUEVA DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO
-------------------------------------



@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

# 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 corresponablemente 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.08-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.

