



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

División de Productos Cosméticos

**SACS**

**SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE 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: CAMBIO DE ARTES DEL PRODUCTO				FECHA DE SOLICITUD			05. N.º DE SOLICITUD		
<input type="checkbox"/> Envase <input type="checkbox"/> Estuche <input type="checkbox"/> Folleto Cuando Corresponda <input type="checkbox"/> Todos				02. DÍA	03. MES	04. AÑO			

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

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

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

14. APELLIDOS		15. NOMBRES		16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD		17. N.º DE MATRÍCULA DEL MPPS					
				<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E -						
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.º DE TELÉFONO		28. N.º DE CELULAR		29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

**C.- ESPECIFICACIÓN DEL CAMBIO EN EL ARTE**

31. DESCRIBA BREVEMENTE (Leyenda o frases, Logos, entre otros)		32. ANTES			33. AHORA				
ARTE DE ENVASE									
ESTUCHE									
FOLLETO									



@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)

34. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	35. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE
------------------------------	--

F.09-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.

