



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Cosméticos

## SOLICITUD DE AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO

|                    |         |         |                     |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| 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. DIA                      | 9. 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                           |  |  | 16. N° DE MATRICULA 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                             |  |  |                              |  |  |  |

### C.- AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA

|  |
|--|
| 30. AGOTAMIENTO DE EXISTENCIA (Indicando Cantidad , lote ) |
|--|

"Vigilando la Salud de Todas y Todos"

Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.

Tel: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>



### 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 |
|------------------------------|--|