



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TOPICO NACIONAL O IMPORTADO

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD
01. DIA	02. MES	03. AÑO	
05. ORIGEN DEL PRODUCTO			
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO			

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

06. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL			07. N° DE REGISTRO SANITARIO	
08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			09. N° DE RIF/C.I.	
UBICACION GEOGRAFICA				
10. ESTADO	11. MUNICIPIO		12. CIUDAD	
DIRECCION				
13. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		14. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		15. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
16. PISO/PLANTA/LOCAL	17. CÓDIGO POSTAL	18. PUNTO DE REFERENCIA		19. N° DE TELÉFONO
20. N° DE FAX	21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			22. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO (Farmacéutico(a) Patrocinante)

23. APELLIDOS		24. NOMBRES		25. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		26. N° DE MATRICULA DEL MPPS		
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				
UBICACION GEOGRAFICA								
27. ESTADO			28. MUNICIPIO			29. CIUDAD		
DIRECCION								
30. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			31. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA			32. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
33. PISO/PLANTA/LOCAL	34. CÓDIGO POSTAL	35. PUNTO DE REFERENCIA			36. N° DE TELÉFONO			
37. N° DE CELULAR			38. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			39. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

C.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO

40. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL			41. N° DE REGISTRO SANITARIO				
42. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			43. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			44. N° DE RIF/C.I.	
UBICACION GEOGRAFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACION DE LA EMPRESA EXTRANJERA	
45. ESTADO	46. MUNICIPIO		47. CIUDAD		58. PAÍS	59. CIUDAD	
DIRECCION							
48. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			49. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			60. DIRECCION	
50. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			51. PISO/PLANTA/LOCAL				
52. CÓDIGO POSTAL	53. PUNTO DE REFERENCIA						
54. N° DE TELÉFONO	55. N° DE FAX		56. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		57. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

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/>



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

D.- DATOS DEL (DE LOS) FABRICANTE(S) DEL PRODUCTO

61. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		62. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE			63. N° DE REGISTRO SANITARIO			
64. N° DE RIF								
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
65. ESTADO		66. MUNICIPIO		67. CIUDAD		78. PAÍS		79. CIUDAD
DIRECCIÓN						80. DIRECCIÓN		
68. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			69. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					
70. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			71. PISO/PLANTA/LOCAL					
72. CÓDIGO POSTAL		73. PUNTO DE REFERENCIA						
74. N° DE TELÉFONO		75. N° DE FAX		76. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		77. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

E.- DATOS DEL (DE LOS) ENVASADOR(ES) DEL PRODUCTO (Solo para ser llenado cuando aplique)

81. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		82. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA			83. N° DE REGISTRO SANITARIO			
84. N° DE RIF								
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL						UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
85. ESTADO		86. MUNICIPIO		87. CIUDAD		98. PAÍS		99. CIUDAD
DIRECCIÓN						100. DIRECCIÓN		
88. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			89. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					
90. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			91. PISO/PLANTA/LOCAL					
92. CÓDIGO POSTAL		93. PUNTO DE REFERENCIA						
94. N° DE TELÉFONO		95. N° DE FAX		96. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		97. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

F.- DATOS DEL (DE LOS) IMPORTADOR(ES) DEL PRODUCTO (Sólo para ser llenado cuando se trate de producto importado)

101. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				102. N° DE REGISTRO SANITARIO					
103. N° DE RIF									
UBICACIÓN GEOGRÁFICA									
104. ESTADO			105. MUNICIPIO			106. CIUDAD			
DIRECCIÓN									
107. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			108. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			109. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
110. PISO/PLANTA/LOCAL		111. CÓDIGO POSTAL		112. PUNTO DE REFERENCIA			113. N° DE TELÉFONO		
114. N° DE FAX		115. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				116. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

G.- DATOS DEL (DE LOS) DISTRIBUIDOR(ES) DEL PRODUCTO

117. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		118. N° DE REGISTRO SANITARIO											
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
119. N° DE RIF													
UBICACIÓN GEOGRÁFICA													
120. ESTADO	121. MUNICIPIO		122. CIUDAD										
DIRECCIÓN													
123. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		124. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	125. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN										
126. PISO/PLANTA/LOCAL	127. CÓDIGO POSTAL	128. PUNTO DE REFERENCIA	129. N° DE TELÉFONO										
130. N° DE FAX	131. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		132. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB										

H.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

133. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO	
RESTRICCIONES DE USO	
134. DESCRIPCIÓN(ES) DE LA(S) ADVERTENCIA(S)	135. MODO DE EMPLEO

I.- ESPECIFICACIONES DEL PRODUCTO

136. ORGANOLÉPTICAS	137. FÍSICOQUÍMICAS
138. MICROBIOLÓGICAS	139. TOXICOLÓGICAS

J.- DATOS DEL ENVASE, PRESENTACION Y CONTENIDO NETO

140. MATERIAL DEL ENVASE EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO (ENVASE PRIMARIO)		141. CONTENIDO NETO	142. UNID. DE MEDIDA
143. POSEE ESTUCHE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	144.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUCHE (ENVASE SECUNDARIO)		145. POSEE FOLLETO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
146. SE PRESENTA EN KIT? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	147.- DESCRIPCIÓN DEL KIT		



Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos

K.- DATOS DEL TRABAJO CLÍNICO Y/O TOXICOLÓGICO

148. OBJETIVO			
MÉTODO EMPLEADO			
149. DENOMINACIÓN DEL MÉTODO	APLICACIÓN DEL MÉTODO		
	150. APLICADO A:	151. NÚMERO	152. TIEMPO
153. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO		154. NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIO	
155. CONCLUSIONES			

L.- IDENTIFICACIÓN DEL LOTE DE PRODUCCIÓN

156. CÓDIGO MODELO	157. DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO MODELO
--------------------	------------------------------------

M.- DATOS DEL FARMACÉUTICO QUE SUSCRIBE LA CONSTANCIA DE ELABORACIÓN (Productos Nacionales)

158. APELLIDOS	159. NOMBRES	160. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	161. N° DE MATRICULA DEL M.PPS
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
162. N° DE TELÉFONO	163. N° DE CELULAR	164. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

N.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA (Sólo para ser llenado cuando se trate de producto importado)

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE EXPIRACION			171. ENTE EMISOR
165. DÍA	166. MES	167. AÑO	168. DÍA	169. MES	170. AÑO	

Ñ.- DATOS DE LA COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO

172. COMPONENTE	173. CANT.	174. U/ MED.	175. CONCT.	176. JUSTIFICACIÓN

O.- OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE

--



DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad N° _____, actuando en mi carácter de Farmacéutico Patrocinante, declaro bajo juramento que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veráz;
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite la Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores;
3. La fabricación del bien o producto señalado en la presente cumple con las buenas prácticas de manufactura y/o fabricación.

Por todo ello mediante mi persona la empresa asume que la autoridad contralora sanitaria podra iniciar las acciones administrativas, además de solicitar el inicio de las acciones civiles y/o penales que correspondan.

FIRMA DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE

P.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

177. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	178. FARMACÉUTICO RESPONSABLE																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
179. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE																					