



FORMULARIO DE SOLICITUD O RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS NATURALES CON ACTIVIDAD TERAPÉUTICA NACIONALES E IMPORTADOS

FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD:	05. TIPO DE SOLICITUD: <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS NATURALES (RSPN) <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS NATURALES (RRSPN).																
01. DIA	02. MES	03. AÑO																		
06. DENOMINACIÓN O NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO NATURAL:																				
07. MARCA COMERCIAL (cuando aplique):																				
08. ORIGEN DEL PRODUCTO: <input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO.					09. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO															
País: (Cuando aplique)					P	N				-										

I.- ASPECTOS LEGALES

A.- DATOS DE LA EMPRESA RESPONSABLE: Casa de Representación Laboratorio Fabricante

10. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:										11. N° DE REGISTRO SANITARIO					12. N° DE RIF :				
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																			
13. ESTADO:					14. MUNICIPIO:					15. CIUDAD:									
DIRECCIÓN																			
16. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL:					17. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA:					18. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN:									
19. PISO / PLANTA / LOCAL:			20. CÓDIGO POSTAL:			21. PUNTO DE REFERENCIA:													
22. N° DE TELÉFONO:			23. N° DE CELULAR:			24. N° DE FAX:			25. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:					26. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB:					

B.- DATOS DEL FARMACÉUTICO (A) PATROCINANTE:

27. APELLIDOS:					28. NOMBRES:					29. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E									
30. N° DE MATRICULA DEL MPPS:					31. N° DE MATRICULA DE COLFAR:					32. N° DE MATRICULA DE INPREFAR:									
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																			
33. ESTADO:					34. MUNICIPIO:					35. CIUDAD:									
DIRECCIÓN																			
36. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL:					37. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA:					38. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN:									
39. PISO / PLANTA / LOCAL:			40. CÓDIGO POSTAL:			41. PUNTO DE REFERENCIA:													
42. N° DE TELÉFONO:			43. N° DE CELULAR:			44. N° DE FAX:			45. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:					46. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB:					

C.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO

47. TIPO DE PERSONA: <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> JURÍDICA			48. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E					49. N° DE PASAPORTE:					50. N° DE REGISTRO SANITARIO DE LA EMPRESA (cuando aplique)				
51. PROCEDENCIA DEL PROPIETARIO: <input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO.			52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPIETARIO:										53. N° DE RIF: (Propietario Nacional)				



UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL PROPIETARIO NACIONAL				UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL PROPIETARIO EXTRANJERO	
54. ESTADO:	55. MUNICIPIO:	56. CIUDAD:		61. PAÍS:	62. CIUDAD:
DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO NACIONAL				63. DIRECCIÓN PROPIETARIO EXTRANJERO:	
57. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL:		58. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA:			
59. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN:		60. PISO / PLANTA / LOCAL:			
64. CÓDIGO POSTAL:		65. PUNTO DE REFERENCIA:			
66. N° DE TELÉFONO:	67. N° DE CELULAR	68. N° DE FAX:	69. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	70. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB:	

D.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO: LABORATORIO FABRICANTE

71. PROCEDENCIA : <input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO.										72. NOMBRE o RAZÓN SOCIAL				
73. N° DE REGISTRO SANITARIO										74. N° DE RIF:				
UBICACIÓN GEOGRÁFICA										UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL LABORATORIO FABRICANTE EXTRANJERO				
75. ESTADO:			76. MUNICIPIO:			77. CIUDAD:				84. PAÍS:		85. CIUDAD:		
										86. DIRECCIÓN:				
DIRECCIÓN														
78. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL:					79. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA:									
80. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN:					81. PISO / PLANTA / LOCAL:									
82. CÓDIGO POSTAL:			83. PUNTO DE REFERENCIA:											
87. N° DE TELÉFONO:		88. N° DE CELULAR		89. N° DE FAX:		90. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:				91. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB:				

E.- DATOS DEL LABORATORIO ENVASADOR ACONDICIONADOR

92. PROCEDENCIA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO: <input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO.										93. NOMBRE o RAZÓN SOCIAL				
94. N° DE REGISTRO SANITARIO										95. N° DE RIF:				
UBICACIÓN GEOGRÁFICA										UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL LABORATORIO EXTRANJERO:				
96. ESTADO:			97. MUNICIPIO:			98. CIUDAD:				105. PAÍS:		106. CIUDAD:		
										107. DIRECCIÓN:				
DIRECCIÓN:														
99. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL:					100. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA:									
101. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN:					102. PISO / PLANTA / LOCAL:									
103. CÓDIGO POSTAL:			104. PUNTO DE REFERENCIA:											
108. N° DE TELÉFONO:		109. N° DE CELULAR:		110. N° DE FAX:		111. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:				112. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB:				



J.- FÓRMULA CUALI-CUANTITATIVA DEL PRODUCTO:

151 N°	152. NOMBRES CIENTÍFICOS (PRINCIPIOS ACTIVOS y EXCIPIENTES)	153. CANTIDAD POSOLÓGICA	154. UNIDAD DE MEDIDA	155. CANTIDAD PORCENTUAL %	156. P. ACTIVOS /EXCIPIENTES	157. PARTE EMPLEADA (VEGETAL / ANIMAL / MINERAL)	158. NOMBRES COMÚNES / SINONIMIAS	159. JUSTIFICACIÓN DE USO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								



K- DATOS DE CONSERVACIÓN y PERÍODO DE VALIDEZ DEL PRODUCTO.

160. CONDICIONES DE CONSERVACIÓN (ALMACENAMIENTO):	TEMPERATURA DE ALMACENAMIENTO		PERÍODO DE VALIDEZ	
	161. CANTIDAD:	162. UNIDAD DE TEMPERATURA:	163. CANTIDAD:	164. UNIDAD DE TIEMPO:

L.- IDENTIFICACIÓN DEL LOTE DE PRODUCCIÓN:

165. CÓDIGO MODELO:	166. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DEL CÓDIGO:

M- ESTUDIOS CIENTÍFICOS, CLÍNICOS, PRECLÍNICO(S), FARMACOLÓGICO(S), TOXICOLÓGICO(S) y OTROS (MONOGRAFÍAS CERTIFICADAS), TEXTOS OFICIALES. (Cuando aplique)

167. EXPOSICIÓN SUMARIA:	
168. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	
169. ANEXOS	170. CONCLUSIONES:

DECLARACION JURADA

Yo, _____, mayor de edad, estado civil _____, profesión _____ Titular de la Cédula de identidad N° _____, en mi condición de _____, con facultades de apoderado _____, de la sociedad de comercio _____, inscrita por ante el Registro _____, **DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO**, en conocimiento de lo establecido en los Artículos 320 y 321 del Código Penal, lo siguiente:

1. El contenido total de la información proporcionada en esta solicitud es absolutamente cierta y veraz.
2. La Empresa y el Representante Legal de la Empresa prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria a fin de corroborar la veracidad de la información presentada.
3. Todos los documentos adjuntos a la presente solicitud, son copia fiel de los originales que tengo en mi poder.
4. La fabricación del producto señalado en el presente cumple con las Buenas Prácticas de Manufactura y/o Fabricación

En caso de falsedad en la información o en la documentación presentada. La autoridad del Ministerio del Poder Popular para la Salud, a través del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria podrá iniciar las acciones administrativas sancionatorias, civiles y/o penales a que haya lugar, Autenticada en Caracas, _____.

Ñ.- OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO (A) PATROCINANTE

--



O.- CANCELACIÓN DEL TRÁMITE

FIRMA DEL FARMACÉUTICO (A) PATROCINANTE