

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
 División de Productos Cosméticos

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO DE LOS PRODUCTOS COSMÉTICOS NACIONALES E IMPORTADOS
(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

		FECHA DE SOLICITUD			04. N° DE SOLICITUD				
		01. DIA	02. MES	03. AÑO					
05. ORIGEN DEL PRODUCTO		06. N° DE REGISTRO SANITARIO ANTERIOR (EN CASO DE TENER)							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO		P	C	-	X	-	-	V	E

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

07. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL			08. N° DE REGISTRO SANITARIO			
09. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			10. N° DE RIF/C.I.			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA						
11. ESTADO	12. MUNICIPIO		13. CIUDAD			
DIRECCIÓN						
14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		15. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		16. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
17. PISO/PLANTA/LOCAL	18. CÓDIGO POSTAL	19. PUNTO DE REFERENCIA				
20. N° DE TELÉFONO	21. N° DE FAX	22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO (FARMACÉUTICO(A) PATROCINANTE) ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD/SACS

24. APELLIDOS		25. NOMBRES		26. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		27. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS	
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA							
28. ESTADO	29. MUNICIPIO		30. CIUDAD				
DIRECCIÓN							
31. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		32. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA		33. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
34. PISO/PLANTA/LOCAL	35. CÓDIGO POSTAL	36. PUNTO DE REFERENCIA					
37. N° DE TELÉFONO	38. N° DE CELULAR	39. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		40. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

C.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO

41. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL			42. N° DE REGISTRO SANITARIO			
43. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			44. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		45. N° DE RIF/C.I.	



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
 División de Productos Cosméticos

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48. CIUDAD	55. PAÍS	56. CIUDAD	
DIRECCIÓN			57. DIRECCIÓN		
49. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		50. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
51. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		52. PISO/PLANTA/LOCAL			
53. CÓDIGO POSTAL	54. PUNTO DE REFERENCIA				
58. N° DE TELÉFONO	59. N° DE FAX	60. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	61. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

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

62. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		63. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE			
64. N° DE REGISTRO SANITARIO				65. N° DE RIF	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
66. ESTADO	67. MUNICIPIO	68. CIUDAD	75. PAÍS	76. CIUDAD	
DIRECCIÓN			77. DIRECCIÓN		
69. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		70. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
71. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		72. PISO/PLANTA/LOCAL			
73. CÓDIGO POSTAL	74. PUNTO DE REFERENCIA				
78. N° DE TELÉFONO	79. N° DE FAX	80. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	81. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

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

82. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		83. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA			
84. N° DE REGISTRO SANITARIO				85. N° DE RIF	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
86. ESTADO	87. MUNICIPIO	88. CIUDAD	95. PAÍS	96. CIUDAD	
DIRECCIÓN			97. DIRECCIÓN		
89. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		90. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
91. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		92. PISO/PLANTA/LOCAL			
93. CÓDIGO POSTAL	94. PUNTO DE REFERENCIA				
98. N° DE TELÉFONO	99. N° DE FAX	100. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	101. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
 División de Productos Cosméticos

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

102. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA									
103. N° DE REGISTRO SANITARIO								104. N° DE RIF	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA									
105. ESTADO			106. MUNICIPIO				107. CIUDAD		
DIRECCIÓN									
108. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				109. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			110. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
111. PISO/PLANTA/LOCAL		112. CÓDIGO POSTAL		113. PUNTO DE REFERENCIA					
114. N° DE TELÉFONO		115. N° DE FAX		116. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			117. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

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

118. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA									
119. N° DE REGISTRO SANITARIO								120. N° DE RIF	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA									
121. ESTADO			122. MUNICIPIO				123. CIUDAD		
DIRECCIÓN									
124. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL				125. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			126. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
127. PISO/PLANTA/LOCAL		128. CÓDIGO POSTAL		129. PUNTO DE REFERENCIA					
130. N° DE TELÉFONO		131. N° DE FAX		132. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			133. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

H.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO A REGISTRAR

134. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO					135. MODALIDAD <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> GRUPO COSMÉTICO				
MARCA(S) COMERCIAL(ES)									
136. NOMBRE DE LA MARCA					136. NOMBRE DE LA MARCA				
CATEGORIZACIÓN DEL PRODUCTO									
137. CATEGORIA DEL PRODUCTO									
138. CLASE DEL PRODUCTO					139. SUBCLASE DEL PRODUCTO				



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
 División de Productos Cosméticos

I.- DATOS DE LA(S) VARIEDAD(ES) DEL PRODUCTO COSMÉTICO

140. VARIEDAD: <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> OLOR <input type="checkbox"/> SABOR		141. SUBCLASE DE LA VARIEDAD	142. CANTIDAD DE VARIEDADES
143. NOMBRE DE LA VARIEDAD	143. NOMBRE DE LA VARIEDAD	143. NOMBRE DE LA VARIEDAD	
RESTRICCIONES DE USO			
144. PRESENTA ADVERTENCIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		145. EL PRODUCTO CONTIENE <input type="checkbox"/> LANOLINA <input type="checkbox"/> α-HIDROXIÁCIDO <input type="checkbox"/> ÁCIDO SALICÍLICO	
146. DESCRIPCIÓN(ES) DE LA(S) ADVERTENCIA(S)		147. MODO DE EMPLEO	

J.- DATOS DEL ENVASE, PRESENTACION Y CONTENIDO NETO

148. MATERIAL DEL ENVASE EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO (ENVASE PRIMARIO)		149. CONTENIDO NETO	150. UNID. DE MEDIDA
151. POSEE ESTUCHE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	152. DESCRIPCIÓN DEL ESTUCHE (ENVASE SECUNDARIO)	153. POSEE FOLLETO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
154. SE PRESENTA EN KIT? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	155. DESCRIPCIÓN DEL KIT		

K.- DATOS DEL TRABAJO CLÍNICO Y/O TOXICOLÓGICO (llenar solo cuando aplique)

156. OBJETIVO			
MÉTODO EMPLEADO			
157. DENOMINACIÓN DEL MÉTODO		APLICACIÓN DEL MÉTODO	
		158. APLICADO A	159. NÚMERO
			160. TIEMPO
161. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO		162. NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL ESTUDIO	
163. CONCLUSIONES			



Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Cosméticos**Q.- 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**R.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

191. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO											192. FARMACÉUTICO RESPONSABLE				
P	C	-	X	-							-	V	E		
193. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE												194. FRECUENCIA DE CONTROL			
												<input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> ALTA			

F.01-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

