

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

### SOLICITUD DE CAMBIO DE ARTE DEL PRODUCTO REPELENTE DE INSECTOS DE USO TÓPICO 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  <input type="checkbox"/> Envase <input type="checkbox"/> Estuche <input type="checkbox"/> Folleto Cuando Corresponda <input type="checkbox"/> Todos	FECHA DE SOLICITUD			05. N° DE SOLICITUD
	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. DIA    10. MES    11. AÑO
12. TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO	13. N° DE REGISTRO SANITARIO

**B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO**

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	17. N° DE MATRICULA DEL MPPS
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD	
<b>DIRECCIÓN</b>			
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° DE TELÉFONO	28. N° DE CELULAR	29. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	30. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

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

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



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

### 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) FARMACÉUTICO (A PATROCINANTE)**

#### D PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

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

F.10-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

