

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

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTO REPELENTE DE INSECTO DE USO TÓPICO NACIONAL O IMPORTADO**  
(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)

|                    |         |         |                     |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| FECHA DE SOLICITUD |         |         | 04. N° DE SOLICITUD |
| 01. DÍA            | 02. MES | 03. AÑO |                     |

**A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO**

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |         |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|---------|--|
| 05. N° DE NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA (N.S.O.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 06. ORIGEN DEL PRODUCTO  |  |         |  |         |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO |  |         |  |         |  |
| 07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FECHA DEL REGISTRO SANITARIO   |  |         |  |         |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 08. DIA  |  | 09. MES |  | 10. AÑO |  |
| 11. TITULAR DE LA NOTIFICACIÓN SANITARIA OBLIGATORIA  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 - |  |                                 |                              |  |  |
| <b>UBICACION GEOGRAFICA</b>            |  |                   |               |                                     |  |   |  |                                 |                              |  |  |
| 17. ESTADO                             |  |                   | 18. MUNICIPIO |                                     |  | 19. CIUDAD  |  |                                 |                              |  |  |
| <b>DIRECCION</b>                       |  |                   |               |                                     |  |   |  |                                 |                              |  |  |
| 20 URBANIZACION/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL |  |                   |               | 21. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA   |  |   |  | 22. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON |                              |  |  |
| 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     |                              |  |  |
|  |  |                   |               |                                     |  |   |  |                                 |                              |  |  |

**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 Autonomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL (LA) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>C.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)<sup>30</sup>.</b><br>FARMACÉUTICO RESPONSABLE |  | 31. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE |
|  |  |  |

F.04-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

