



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 ELECTRONICO	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. CATEGORÍA 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	
<b>RESTRICCIONES DE USO</b>			
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			
<b>MÉTODO EMPLEADO</b>			
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

Empty rectangular box for observations.

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)

Form with fields: 191. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO, 192. FARMACÉUTICO RESPONSABLE, 193. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE, 194. FRECUENCIA DE CONTROL (BAJA, MEDIANA, ALTA).

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

