

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

## SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN Y/O CONTENIDO NETO 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<br><input type="checkbox"/> CAMBIO DE PRESENTACION Y CONTENIDO NETO<br><input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE PRESENTACION Y CONTENIDO NETO<br><input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE PRESENTACION Y CONTENIDO NETO | 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<br><input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO |
| 08. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO      | FECHA DE REGISTRO SANITARIO   |
|                                    | 09. DÍA    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<br><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.- DATOS DE LA MODIFICACIÓN (Nuevo(s) Envase, Presentación y /o Contenido(s) Neto(s) del Producto)

|  |   |   |
|--|---|---|
| 31. MATERIAL DEL ENVASE EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO (ENVASE PRIMARIO)      | 32. CONTENIDO NETO                              | 33. UNID. DE MEDIDA   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
|  |   |   |
| 34. ¿POSEE ESTUCHE?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     | 35. DESCRIPCIÓN DEL ESTUCHE (ENVASE SECUNDARIO) | 36. POSEE FOLLETO?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| 37. SE PRESENTA EN KIT?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | 38. DESCRIPCIÓN DEL KIT                         |   |



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) FARMACEUTICO(A) PATROCINANTE**

**D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| 39. FARMACÉUTICO RESPONSABLE | 40. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE |
|------------------------------|--|

F.28-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

