

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

## SOLICITUD DE CAMBIO, INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE INGREDIENTES EN LA FÓRMULA DEL PRODUCTO COSMÉTICO NACIONAL O IMPORTADO

**(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el Formulario)**

01. TIPO DE MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> CAMBIO DE INGREDIENTES <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN DE INGREDIENTES <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN DE INGREDIENTES	FECHA DE SOLICITUD	05. N° DE SOLICITUD
	02. DÍA    03. MES    04. AÑO	

### A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	07. ORIGEN DEL PRODUCTO																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																				<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																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																			

### B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD	17. N° DE MATRICULA DEL MPPS										
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>										
UBICACIÓN GEOGRÁFICA													
18. ESTADO	19. MUNICIPIO	20. CIUDAD											
DIRECCIÓN													
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

INGREDIENTE(S) DE LA FORMULA A INCLUIR O CAMBIO								
31. COMPONENTE	32. CANT.	33. U/ MED.	34. CONCT.	35. USO	36. NATURALEZA	37. TIPO DE COMPONENTE	38. MODALIDAD DEL COMPONENTE	39. JUSTIFICACIÓN



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)

40. FARMACÉUTICO RESPONSABLE	41. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE

F.25-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022