

C.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO

41. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL						42. N° DE REGISTRO SANITARIO					
43. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		44. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				45. N° DE RIF/C.I.					
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					



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





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 ELECTRÓNICO		101. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			

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	



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



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. CATEGORIA DEL PRODUCTO									
138. CLASE DEL PRODUCTO					139. SUBCLASE DEL PRODUCTO				

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			



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



RESTRICCIONES DE USO

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			
MÉTODO EMPLEADO			
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			



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.





P.- RESUMEN DE ASOCIACIÓN DE MARCAS

186. NOMBRE DE LA MARCA COMERCIAL	187. NOMBRE DE LA VARIEDAD	188. FABRICANTE	189. IMPORTADOR	190. DISTRIBUIDOR

Q.- OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO PATROCINANTE

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



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



