

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO DE LOS PRODUCTOS COSMÉTICOS NACIONALES E IMPORTADOS

(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											
05. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO <input type="checkbox"/> NACIONAL E IMPORTADO		06. N° DE REGISTRO SANITARIO ANTERIOR (EN CASO DE TENER)													
		P	C	-	X	-					-	V	E		

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO

07. TIPO DE PERSONA <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> NATURAL		08. N° DE REGISTRO SANITARIO		
09. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA				10. N° DE RIF/C.I.
UBICACIÓN GEOGRÁFICA				
11. ESTADO	12. MUNICIPIO			13. CIUDAD
DIRECCIÓN				
14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	15. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			16. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN
17. PISO/PLANTA/LOCAL	18. CÓDIGO POSTAL	19. PUNTO DE REFERENCIA		
20. N° DE TELÉFONO	21. N° DE FAX	22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

B.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO (FARMACÉUTICO(A) PATROCINANTE) ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD/SACS

24. APELLIDOS	25. NOMBRES	26. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	27. N° DE MATRÍCULA DEL MPPS		
UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
28. ESTADO	29. MUNICIPIO			30. CIUDAD	
DIRECCIÓN					
31. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	32. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA			33. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
34. PISO/PLANTA/LOCAL	35. CÓDIGO POSTAL	36. PUNTO DE REFERENCIA			
37. N° DE TELÉFONO	38. N° DE CELULAR	39. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			40. 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.


**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		49. PAÍS	
50. DIRECCIÓN		51. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		52. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		53. DIRECCIÓN	
54. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		55. PISO/PLANTA/LOCAL		56. CÓDIGO POSTAL		57. 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		69. PAÍS	
70. DIRECCIÓN		71. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		72. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		73. DIRECCIÓN	
74. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		75. PISO/PLANTA/LOCAL		76. CÓDIGO POSTAL		77. 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.

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

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.

L.- DATOS DE LA COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO

[illegible]

M.- IDENTIFICACIÓN DEL LOTE DE PRODUCCIÓN (coincidir con la muestra reportada)

170. CÓDIGO MODELO	171. DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO MODELO
--------------------	------------------------------------

N- DATOS DEL FARMACÉUTICO QUE S

USCRIBE LA CONSTANCIA DE ELABORACIÓN (Productos Nacionales)

172. APELLIDOS	173. NOMBRES	174 N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	175. N° DE MATRICULA DEL M.S.					
176. N° DE TELÉFONO	177. N° DE CELULAR		178. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO					

O.- CERTIFICADO DE LIBRE VENTA (Sólo para ser llenado cuando se trate de producto importado)

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE EXPIRACIÓN			185. ENTE EMISOR
179. DÍA	180. MES	181. AÑO	182. DÍA	183. MES	184. AÑO	



@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.

R.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

191. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO														192. FARMACÉUTICO RESPONSABLE																			
P	C	-	X	-								-	V	E																			
193. OBSERVACIONES DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE																		194. FRECUENCIA DE CONTROL															
																		<input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> ALTA															

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



@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.

