



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**Servicio Autónomo  
de Contraloría SanitariaDirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Naturales y Homeopáticos.**sacs**

## **SOLICITUD O RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS NACIONALES E IMPORTADOS**

|  |         |         |                                  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|--|---------|---------|----------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| FECHA DE SOLICITUD   |         |         | 04. N.º DE SOLICITUD:            |   |   | 05. TIPO DE SOLICITUD:  |  |  |  |  |  |  |
| 01. DIA  | 02. MES | 03. AÑO |                                  |   |   | <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS (RSPH)<br><input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS (RRSPH). |  |  |  |  |  |  |
| 06. DENOMINACIÓN O NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO NATURAL:  |         |         |                                  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 07. MARCA COMERCIAL (cuando aplique):  |         |         |                                  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 08. ORIGEN DEL PRODUCTO: <input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO. |         |         | 09. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| País: (Cuando aplique)   |         |         | P                                | H | - |   |  |  |  |  |  |  |

### **I.- ASPECTOS LEGALES**

**A.- DATOS DE LA EMPRESA RESPONSABLE: Casa de Representación  Laboratorio Fabricante**

|   |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
|---|--|---------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|
| 10. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO: |  |                     | 11. N.º DE REGISTRO SANITARIO              |                          |  | 12. N.º DE RIF                       |  |  |  |                              |  |  |
|   |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA  |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| 13. ESTADO  |  | 14. MUNICIPIO       |  |                          |  | 15. CIUDAD:                          |  |  |  |                              |  |  |
| DIRECCIÓN   |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| 16. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL:                |  |                     | 17. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA: |                          |  |                                      | 18. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN: |  |  |                              |  |  |
| 19. PISO / PLANTA / LOCAL:                                  |  | 20. CÓDIGO POSTAL:  |  | 21. PUNTO DE REFERENCIA: |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| 22. N.º DE TELÉFONO:  |  | 23. N.º DE CELULAR: |  | 24. N.º DE FAX:          |  | 25. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: |  |  |  | 26. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB: |  |  |

**B.- DATOS DEL (LA) FARMACÉUTICO (A) PATROCINANTE:**

|   |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
|---|--|---------------------|--|--------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|
| 27. APELLIDOS:                              |  |                     | 28. NOMBRES:                               |                          |  | 29. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD:      |  |  |  |                              |  |  |
|   |  |                     |  |                          |  | <input type="checkbox"/> V           |  |  |  |                              |  |  |
|   |  |                     |  |                          |  | <input type="checkbox"/> E           |  |  |  |                              |  |  |
| 30. N.º DE MATRÍCULA DEL MPPS:              |  |                     | 31. N.º DE MATRÍCULA DE COLFAR:            |                          |  | 32. N.º DE MATRÍCULA DE INPREFAR:    |  |  |  |                              |  |  |
|   |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA                        |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| 33. ESTADO:                                 |  | 34. MUNICIPIO:      |  |                          |  | 35. CIUDAD:                          |  |  |  |                              |  |  |
| DIRECCIÓN                                   |  |                     |  |                          |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| 36. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL |  |                     | 37. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA: |                          |  |                                      | 38. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN: |  |  |                              |  |  |
| 39. PISO / PLANTA / LOCAL:                  |  | 40. CÓDIGO POSTAL:  |  | 41. PUNTO DE REFERENCIA: |  |                                      |  |  |  |                              |  |  |
| 42. N.º DE TELÉFONO:                        |  | 43. N.º DE CELULAR: |  | 44. N.º DE FAX:          |  | 45. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: |  |  |  | 46. 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.



Ministerio del Poder Popular para la  
**SALUD**

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

**sacs**

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Naturales y Homeopáticos.

**C.- DATOS DEL (LA) PROPIETARIO (A) DEL PRODUCTO**

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| 47. TIPO DE PERSONA:  | 48. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD                        | 49. N.º DE PASAPORTE: | 50. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE LA EMPRESA<br>(cuando aplique)   |
| <input type="checkbox"/> NATURAL<br><input type="checkbox"/> JURÍDICA   | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E |                       |   |
| 51. PROCEDENCIA DEL PROPIETARIO:  | 52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPIETARIO:            |                       | 53. N.º DE RIF: (Propietario Nacional)  |
| <input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO. |   |                       | <input type="checkbox"/> - |

| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL PROPIETARIO NACIONAL |                    |   | UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL PROPIETARIO EXTRANJERO |                             |
|---|--------------------|---|---|-----------------------------|
| 54. ESTADO                                    | 55. MUNICIPIO      | 56. CIUDAD                                | 61. PAÍS  | 62. CIUDAD                  |
| <b>DIRECCIÓN DEL PROPIETARIO NACIONAL</b>     |                    |   | 63. DIRECCIÓN PROPIETARIO EXTRANJERO            |                             |
| 57. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL   |                    | 58. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA |   |                             |
| 59. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN         |                    | 60. PISO / PLANTA / LOCAL                 |   |                             |
| 64. CÓDIGO POSTAL                             |                    | 65. PUNTO DE REFERENCIA                   |   |                             |
| 66. N.º DE TELÉFONO                           | 67. N.º DE CELULAR | 68. N.º DE FAX                            | 69. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO             | 70. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB |

**D.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO: LABORATORIO FABRICANTE**

|  |                           |   |  |
|--|---------------------------|---|--|
| 71. PROCEDENCIA<br><input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO. | 72. NOMBRE o RAZÓN SOCIAL |   |  |
| 73. N.º DE REGISTRO SANITARIO  | 74. N.º DE RIF            |   |  |
|  |                           |   |  |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA   |                           |   | UBICACIÓN GEOGRÁFICA<br>DEL LABORATORIO FABRICANTE EXTRANJERO: |
| 75. ESTADO   | 76. MUNICIPIO             | 77. CIUDAD                                | 84. PAÍS   |
| DIRECCIÓN  |                           |   | 85. CIUDAD   |
| 78. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL  |                           | 79. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA | 86. DIRECCIÓN  |
| 80. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN  |                           | 81. PISO / PLANTA / LOCAL:                |  |
| 82. CÓDIGO POSTAL:   | 83. PUNTO DE REFERENCIA   |   |  |
| 87. N.º DE TELÉFONO  | 88. N.º DE CELULAR        | 89. N.º DE FAX<br>-----                   | 90. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO                            |
|  |                           |   | 91. 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.





Ministerio del Poder Popular para la  
**SALUD**

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

**sacs**

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Naturales y Homeopáticos.

**E.- DATOS DEL LABORATORIO ENVASADOR □ ACONDICIONADOR □**

|   |  |                          |               |  |  |                                      |  |  |                              |  |  |
|---|--|--------------------------|---------------|--|--|--------------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|
| 92. PROCEDENCIA DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO<br><input type="checkbox"/> NACIONAL. <input type="checkbox"/> EXTRANJERO. |  |                          |               | 93. NOMBRE o RAZÓN SOCIAL                  |  |                                      |  |  |                              |  |  |
| 94. N.º DE REGISTRO SANITARIO   |  |                          |               | 95. N.º DE RIF                             |  |                                      |  |  |                              |  |  |
|   |  |                          |               |  |  |                                      |  |  |                              |  |  |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA  |  |                          |               |  |  |                                      |  |  |                              | UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL LABORATORIO EXTRANJERO: |  |
| 96. ESTADO  |  |                          | 97. MUNICIPIO |  |  | 98. CIUDAD                           |  |  | 105. PAÍS                    | 106. CIUDAD                                      |  |
| DIRECCIÓN:  |  |                          |               |  |  |                                      |  |  |                              | 107. DIRECCIÓN                                   |  |
| 99. URBANIZACIÓN / SECTOR / ZONA INDUSTRIAL   |  |                          |               | 100. AVENIDA / CARRETERA / CALLE / ESQUINA |  |                                      |  |  |                              |  |  |
| 101. EDIFICIO / QUINTA / CASA / GALPÓN  |  |                          |               | 102. PISO / PLANTA / LOCAL                 |  |                                      |  |  |                              |  |  |
| 103. CÓDIGO POSTAL  |  | 104. PUNTO DE REFERENCIA |               |  |  |                                      |  |  |                              |  |  |
| 108. N.º DE TELÉFONO  |  | 109. N.º DE CELULAR      |               | 110. N.º DE FAX                            |  | 111. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |  |  | 112. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB |  |  |

**F.- DATOS DE CERTIFICADO DE LIBRE VENTA Y CONSUMO (CLV) O CERTIFICADO DE PRODUCTO FARMACÉUTICO (CPP)  
(Producto Importado).**

|                  |          |          |  |          |          |                              |  |  |  |  |  |
|------------------|----------|----------|--|----------|----------|------------------------------|--|--|--|--|--|
| FECHA DE EMISIÓN |          |          | FECHA DE VENCIMIENTO<br>(Cuando aplique) |          |          | 119. ORGANISMO QUE LO OTORGА |  |  |  |  |  |
| 113. DIA         | 114. MES | 115. AÑO | 116. DIA                                 | 117. MES | 118. AÑO |                              |  |  |  |  |  |

**G.- DATOS DEL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (BPM).**

|                              |  |  |                     |  |  |                  |          |          |                                       |          |          |
|------------------------------|--|--|---------------------|--|--|------------------|----------|----------|---------------------------------------|----------|----------|
| 120. ORGANISMO QUE LO OTORGА |  |  | 121. N.º DE OFICIO. |  |  | FECHA DE EMISIÓN |          |          | FECHA DE VENCIMIENTO (cuando aplique) |          |          |
|                              |  |  |                     |  |  | 122. DIA         | 123. MES | 124. AÑO | 125. DIA                              | 126. MES | 127. AÑO |
|                              |  |  |                     |  |  |                  |          |          |                                       |          |          |

128. ÁREAS A LAS QUE APLICA EL CERTIFICADO (OPERACIONES CERTIFICADAS)  SÓLIDOS.  LÍQUIDOS.  SEMISÓLIDOS. **(SI EL PH ES NACIONAL)**



@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.



**II.- CALIDAD DEL PRODUCTO****H.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO.**

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| 129. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO HOMEOPÁTICO L SEGÚN SU ORIGEN:<br><br><input type="checkbox"/> PRODUCTO HOMEOPÁTICO ORIGEN VEGETAL (PHOV).<br><input type="checkbox"/> PRODUCTO HOMEOPÁTICO L ORIGEN ANIMAL (PHOA).<br><input type="checkbox"/> PRODUCTO HOMEOPÁTICO ORIGEN MINERAL, QUÍMICO (NATURAL I SINTÉTICO) (PHOM).<br><input type="checkbox"/> MEZCLA. | 130. DESCRIPCIÓN DE LA MEZCLA:<br><br><input type="checkbox"/> MEZCLA DOS ORÍGENES:<br>Especificar:<br>[ <input type="checkbox"/> PHOV + <input type="checkbox"/> PHOA]<br><br>[ <input type="checkbox"/> PHOV + <input type="checkbox"/> PHOM]<br><br>[ <input type="checkbox"/> PHOA + <input type="checkbox"/> PHOM]<br><br><input type="checkbox"/> MEZCLA TRES ORÍGENES. | 131. FORMA FARMACÉUTICA |
|--|---|-------------------------|

## CONDICIONES DE ADMINISTRACIÓN

|                  |                 |   |                  |
|------------------|-----------------|---|------------------|
| 132. INDICACIÓN: | 133. POSOLOGÍA: | 134. VÍA DE ADMINISTRACIÓN:<br><br><input type="checkbox"/> ORAL. <input type="checkbox"/> TOPICA PIEL.<br><br><input type="checkbox"/> MUCOSA. | 135. MODO DE USO |
|------------------|-----------------|---|------------------|

136. RESTRICCIONES DE USO:  ADVERTENCIA  CONTRAINDICACIONES.  INTERACCIONES.  PRECAUCIONES.  REACCIONES ADVERSAS.

|  |  |
|--|--|
| 137. DESCRIPCIÓN (ES) DE LA (S) ADVERTENCIA (S): | 138. DESCRIPCIÓN (ES) DE LA (S) PRECAUCIÓN (ES): |
|--|--|



@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.



Ministerio del Poder Popular para la  
**SALUD**

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Naturales y Homeopáticos.

**sacs**

|   |  |
|---|--|
| 139. DESCRIPCIÓN(ES) DE LA(S) CONTRAINDICACIÓN (ES):      | 140. DESCRIPCIÓN (ES) DE LA(S) INTERACCIÓN (ES): |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| 141. DESCRIPCIÓN (ES) DE LA (S) REACCIÓN(ES) ADVERSA (S): |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

#### I.- DATOS DEL ENVASE, PRESENTACION Y CONTENIDO NETO

|  |   |  |
|--|---|--|
| 142. DESCRIPCIÓN DEL ENVASE (PRIMARIO):  | 143. CONTENIDO NETO:                                  | 144. UNID. DE MEDIDA:                                    |
|  |   |  |
| 145. ¿POSEE ENVASE SECUNDARIO?   | 146.- DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL DEL ENVASE SECUNDARIO: | 147. ¿POSEE PROSPECTO INTERNO?                           |
| <input type="checkbox"/> SI. <input type="checkbox"/> NO.  |   | <input type="checkbox"/> SI. <input type="checkbox"/> NO |
| 148. PRESENTACIONES:   |   |  |
| 149. CATEGORIZACIÓN DEL PRODUCTO NATURAL (SEGÚN LA CANTIDAD DE PRINCIPIOS ACTIVOS): <input type="checkbox"/> SIMPLE. <input type="checkbox"/> COMPUESTO: |   | 150. NUMERO DE P. A.                                     |



@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.





Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Naturales y Homeopáticos.

**sacs**

J.- FÓRMULA CUALI-CUANTITATIVA DEL PRODUCTO:

| 151<br>Nº | 152.<br>NOMBRES CIENTÍFICOS<br>(PRINCIPIOS ACTIVOS y<br>EXCIPIENTES) | 153.<br>CONCENTRACION<br>Y/O DILUCION DE<br>LAS CEPAS | 154.<br>UNIDAD<br>DE MEDIDA | 155.<br>CANTIDAD<br>EXPRESADA EN<br>VOLUMEN (ML) | 156.<br>P. ACTIVOS<br>/EXCIPIENTES | 157.<br>PARTE<br>EMPLEADA<br>(VEGETAL /<br>ANIMAL /<br>MINERAL) | 158.<br>NOMBRES<br>COMÚNES /<br>SINONIMIAS | 159.<br>JUSTIFICACIÓN DE USO |
|-----------|--|---|-----------------------------|--|------------------------------------|---|--|------------------------------|
| 1         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 2         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 3         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 4         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 5         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 6         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 7         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 8         | .  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 9         |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 10        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 11        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 12        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 13        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 14        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 15        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 16        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 17        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 18        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 19        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 20        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |
| 21        |  |   |                             |  |                                    |   |  |                              |



@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.





Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria**sacs**

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Naturales y Homeopáticos.

**K- DATOS DE CONSERVACIÓN y PERÍODO DE VALIDEZ DEL PRODUCTO.**

| 160. CONDICIONES DE CONSERVACIÓN (ALMACENAMIENTO): | TEMPERATURA DE ALMACENAMIENTO |                             | PERÍODO DE VALIDEZ |                        |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|
|  | 161. CANTIDAD:                | 162. UNIDAD DE TEMPERATURA: | 163. CANTIDAD:     | 164. UNIDAD DE TIEMPO: |
|  |                               |                             |                    |                        |

**L.- IDENTIFICACIÓN DEL LOTE DE PRODUCCIÓN:**

|                     |  |
|---------------------|--|
| 165. CÓDIGO MODELO: | 166. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DEL CÓDIGO:  |
| 0 2 0 4 1 9 0 0 5   | Los primeros seis numeros corresponden al dia, mes y año de fabricacion, los tres ultimos al consecutivo de produccion del producto. |

**M- ESTUDIOS CIENTÍFICOS, OTROS (MONOGRAFÍAS CERTIFICADAS), TEXTOS OFICIALES. (Cuando aplique)**

|                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| 167. EXPOSICION SUMARIA: | 168. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: |
| 169. ANEXOS              | 170. CONCLUSIONES:               |

**DECLARACION JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, estado civil \_\_\_\_\_, profesión \_\_\_\_\_ Titular de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, en mi condición de \_\_\_\_\_, con facultades de apoderado \_\_\_\_\_, de la sociedad de comercio \_\_\_\_\_, inscrita por ente el Registro \_\_\_\_\_, DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO, en conocimiento de lo establecido en los Artículos 320 y 321 del Código Penal, lo siguiente:

1. El contenido total de la información proporcionada en esta solicitud es absolutamente cierta y veraz.
2. La Empresa y el Representante Legal de la Empresa prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria a fin de corroborar la veracidad de la información presentada.
3. Todos los documentos adjuntos a la presente solicitud, son copia fiel de los originales que tengo en mi poder.
4. La fabricación del producto señalado en el presente cumple con las Buenas Prácticas de Manufactura y/o Fabricación

En caso de falsedad en la información o en la documentación presentada. La autoridad del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria podrá iniciar las acciones administrativas sancionatorias, civiles y/o penales a que haya lugar, Autenticada en Caracas,



@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.



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Productos Naturales y Homeopáticos.

**sacs**

**N.- OBSERVACIONES DEL (LA) FARMACÉUTICO (A) PATROCINANTE**

**O.- CANCELACIÓN DEL TRÁMITE**

F.02.-DMC -PNH-OPP-AGOSTO 2022

**FIRMA DEL FARMACÉUTICO (A) 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.

