FECHA DE RECEPCIÓN/REFERENCIA:

**FORMULARIO**

**Presentación de antecedentes para solicitar:**

***PRIMERA ETAPA: PRESTACIÓN CODIGO*****4000011 -** ADMISIBILIDAD DE ANTECEDENTES PARA SOLICITAR LA DETERMINACIÓN DE RÉGIMEN DE CONTROL SANITARIO (RCS) CLASIFICACIÓN DE PRODUCTO O SUSTANCIA (POR PRODUCTO O SUSTANCIA).

**SEGUNDA ETAPA: PRESTACIÓN *CODIGO* 4000008 -** DETERMINACIÓN DE RÉGIMEN DE CONTROL SANITARIO (RCS) CLASIFICACIÓN DE PRODUCTO O SUSTANCIA (POR PRODUCTO O SUSTANCIA).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRIMERA ETAPA**

**CODIGO 4000011 - ADMISIBILIDAD DE ANTECEDENTES PARA SOLICITAR LA DETERMINACIÓN DE RÉGIMEN DE CONTROL SANITARIO (RCS)** **CLASIFICACIÓN DE PRODUCTO O SUSTANCIA (POR PRODUCTO O SUSTANCIA).**

¿Cómo quiere ser notificado sobre la respuesta a su solicitud de admisibilidad?

1.- Notificación por correo electrónico

2.- Presencial en las oficinas del ISP

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD SOLICITANTE (copiar de GICONA)**

* 1. Nombre de la empresa solicitante o persona natural:
  2. RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  3. Dirección/comuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  4. Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  5. Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO**

2.1 Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2 Descripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3 Composición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.4 Finalidad de Uso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.5 Dosis recomendada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.6 Vía o forma de administración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.7 Propiedades Atribuidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.8 Forma de presentación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.9 Condición (Fabricación Nacional o Importado): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.10 Fabricante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.11 Procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Para solicitar la Admisibilidad de Régimen de Control Sanitario, adjuntar los siguientes documentos:** *marcar con una “X” en el recuadro para indicar que se adjunta dicho documento y completar con la información solicitada*

**3.1** **Comprobante Pago Arancel**

**3.2 Documentos para evaluación de Admisibilidad de Régimen de Control Sanitario:**

1. Fórmula Cuali-cuantitativa completa expresada en sistema métrico decimal.
2. Especificaciones de materia prima.
3. Ficha técnica o monografía del producto o sustancia.
4. Información científica de respaldo.
5. Certificado de la autoridad sanitaria, si corresponde.
6. Rotulado Gráfico del producto o sustancia.
7. Finalidad, vía de administración y modo de uso del producto o sustancia.
8. Otros antecedentes

*Nota: Para más información consultar ficha técnica de la prestación Código 4000011*

**SEGUNDA ETAPA**

**4000008 - DETERMINACIÓN DE RÉGIMEN DE CONTROL SANITARIO (RCS)** **CLASIFICACIÓN DE PRODUCTO O SUSTANCIA (POR PRODUCTO O SUSTANCIA).**

1. Número de Resolución de admisibilidad de RCS: Resolución Exenta Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

¿Cómo quiere ser notificado sobre la respuesta a su solicitud de Determinación de Régimen de Control Sanitario?

1.- Notificación por correo electrónico

2.- Presencial en las oficinas del ISP

1. **Comentarios del Solicitante o detalle de otros antecedentes:**

*Nota: Para más información consultar ficha técnica de la prestación Código 4000008*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma**

Solicitante o

Representante legal