

 	<b>PROCESO</b>	<b>GESTIÓN DE LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>Código</b>	<b>GIPF02</b>
	<b>Formato</b>	<b>Solicitud de registro sanitario para producto de uso en salud pública</b>	<b>Versión</b>	<b>01</b>

Con base legal en los artículos 136 a 144 de la Ley 9 de 1979 y los artículos 13, 20, 114, 141, 142 y 143 del Decreto 1843 de 1991.

CAMPO PARA RADICACIÓN DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DATOS DEL SOLICITANTE					
Nombre o Razón Social					
C.C. <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		No.			
Dirección de notificación			Departamento	Ciudad	
Correo electrónico			Teléfono	Fax	

DATOS DEL PRODUCTO PLAGUICIDA	
Nombre	
Presentación	

	INFORMACIÓN REQUERIDA	LISTA DE VERIFICACIÓN			
		PARA EL SOLICITANTE		PARA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
1	Fotocopia del Concepto Toxicológico del producto a registrar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2	Fotocopia de la Cámara de Comercio si el solicitante es persona jurídica o del registro mercantil si el solicitante es persona natural.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3	Fotocopia del Registro de marca del producto, el cual se obtiene en la Súper Intendencia de Industria y Comercio.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4	Fotocopia a color del Proyecto de etiqueta del producto a registrar.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5	Fotocopia de Estudio de eficacia del producto a registrar cuando sea aplicable	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES DE VALIDACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL:

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL QUE VERIFICÓ Y VALIDÓ LA INFORMACIÓN	CARGO	FIRMA

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE					
Nombre: _____			Firma: _____		
C.C No: _____					
Fecha de solicitud	DD	MM	AAAA	Numero de folios anexados	