



CIRCULAR: DSCP N° de Oficio B00.02.08.02.02.4736/2015

México, D.F. 18 SEP 2015

**INDUSTRIA FARMACÉUTICA VETERINARIA
PRESENTE**

Con el fin de mejorar la atención a los trámites:

1. SENASICA-01-024 Modalidad A, Registro de productos para uso o consumo Animal
2. SENASICA-01-024 Modalidad C, Actualización de registro de productos para uso o consumo animal
3. SENASICA-01-020, Modificaciones a las características de productos

Solicito atentamente, que cuando se presenten a trámite productos que requieran de la emisión de un formato de regulación (tarjetón); adicional a la información que regularmente indican, también sean requisitados los siguientes campos:

1. LABORATORIO DE CONSTATACIÓN
 - a) En este campo deberá indicar el nombre completo del laboratorio que presta el servicio y el año de constatación.
2. No. DE REGULACIÓN
 - b) En este campo deberá indicar el Número de regulación conforme a los siguientes criterios:

B-No. Exp.* -No. consecutivo** (biológicos)
Q-No. Exp.* - No. consecutivo** (químicos y farmacéuticos)
A-No. Exp.* - No. consecutivo** (alimenticios)

*Número de expediente del establecimiento ante SAGARPA

**Número consecutivo propuesto por la empresa

Adjunto ejemplo señalando los espacios en el formato para su pronta referencia.

Sin otro particular, les saludo.

SAGARPA - SENASICA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD ANIMAL



ATENTAMENTE
LA DIRECTORA DE SERVICIOS Y
CERTIFICACIÓN PECUARIA

MVZ OFELIA FLORES HERNÁNDEZ

C.c.p. **MVZ JOAQUÍN BRAULIO DELGADILLO ÁLVAREZ**, DIRECTOR GENERAL DE SALUD ANIMAL.-Para conocimiento.
DIRECCIÓN DE SERVICIOS Y CERTIFICACIÓN PECUARIA
MFGM/CCG/nems/lrg



REGULACION DE PRODUCTO

CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 1o., 3o., 4o., FRACCION XI Y 16 DE LA LEY FEDERAL DE SANIDAD ANIMAL, SE OTORGA LA PRESENTE:

TITULAR DEL PRODUCTO	ELABORADO POR:
-----------------------------	-----------------------

NOMBRE: ESCRIBA AQUÍ DATOS ACTUALIZADOS RAZON SOCIAL: INFORMACIÓN COTEJADA CON EL ÁREA DE ESTABLECIMIENTOS DOMICILIO:	NOMBRE: ESCRIBA AQUÍ DATOS ACTUALIZADOS RAZON SOCIAL: INFORMACIÓN COTEJADA CON EL ÁREA DE ESTABLECIMIENTOS DOMICILIO:
---	---

C.P.: ESCRIBA AQUÍ	TEL.: ESCRIBA AQUÍ	PAIS: ESCRIBA AQUÍ	TEL.: ESCRIBA AQUÍ
---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO: ESCRIBA AQUÍ **NO DEBE SER REPETIDO CON OTRO NOMBRE EXISTENTE**

FORMA FARMACEUTICA O FISICA: ESCRIBA AQUÍ

FORMULA, GARANTIA DE COMPOSICION Y TECNICA DE ELABORACION.

ESCRIBA AQUÍ

PRECISAR LA FÓRMULA INCLUYENDO:

1. CEPAS DEL AGENTE INMUNIZANTE
2. [] INACTIVANTE
3. CANTIDADES DE CADA COMPONENTE
4. TÍTULOS
5. FÓMULA CUALI-CUANTITATIVA

PRESENTACION: ESCRIBA AQUÍ	ENVASE: ESCRIBA AQUÍ TIPO
-----------------------------------	----------------------------------

USO: ESCRIBA AQUÍ

ESPECIE: ESCRIBA AQUÍ **PRECISAR LA ESPECIE DESTINO**

DOSIFICACION: ESCRIBA AQUÍ **ESPECIFICAR DOSIS, EDAD Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN**

NOMBRE Y FIRMA DEL MVZ RESPONSABLE APROBADO ESCRIBA AQUÍ	NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR ESCRIBA AQUÍ ACTUAL
CLAVE: ESCRIBA AQUÍ ACTUALIZADO	CARGO: ESCRIBA AQUÍ

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA

LABORATORIO DE CONSTATAACION: LABORATORIOS MEXICANOS, S.A. DE C.V. (2015)	A T E N T A M E N T E SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION
FECHA DE REGISTRO:	
No. DE REGULACION: B-XXXX-001	NO DEBE SER REPETIDO A UNO YA EXISTENTE (AÚN ESTANDO CANCELADO)