

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
División de Materiales y Equipos de Salud

## SOLICITUD DE CAMBIO DE FÓRMULA QUE NO INVOLUCRE SUSTITUCION DEL PRINCIPIO ACTIVO Y NO AFECTE LA FINALIDAD DE USO DEL MATERIAL

|   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|----------------------------|--|--|--|------------------------------------|--|---------|---------|---|--|--|--|--|
|   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    | <b>FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)</b>                              |         |         | <b>04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)</b>                               |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    | 01. DÍA  | 02. MES | 03. AÑO |   |  |  |  |  |
| <b>05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    | <b>06. TIPO DE PRODUCTO</b>  |         |         | <b>07. ORIGEN DEL PRODUCTO</b>  |  |  |  |  |
| P   | M | P | -   |   |                            |  |  |  |                                    | <input type="checkbox"/> MATERIAL<br><input type="checkbox"/> EQUIPO |         |         | <input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> IMPORTADO |  |  |  |  |
| <b>A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO</b>  |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    | <b>09. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA</b>                      |         |         |   |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    | E  | M       | P       | -   |  |  |  |  |
| <b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>11. ESTADO</b>   |   |   |   | <b>12. MUNICIPIO</b>                      |                            |  |  | <b>13. CIUDAD</b>                      |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>DIRECCIÓN</b>  |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL</b>  |   |   |   | <b>15. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA</b> |                            |  |  | <b>16. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN</b> |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>17. PISO/PLANTA/LOCAL</b>  |   |   | <b>18. CÓDIGO POSTAL</b>                                  |   |                            | <b>19. PUNTO DE REFERENCIA</b>             |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>20. N.º DE TELÉFONO</b>  |   |   | <b>21. N.º DE FAX</b>                                     |   |                            | <b>22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b> |  |  | <b>23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB</b> |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b>  |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>24. APELLIDOS</b>  |   |   |   |   | <b>25. NOMBRES</b>         |  |  |  |                                    | <b>26. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD</b>                                |         |         |   |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -              |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>27. MATRICULA DEL M. P. P. S.</b>  |   |   | <b>28. PROFESIÓN</b>                                      |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>29. N.º DE TELÉFONO</b>  |   |   | <b>30. N.º DE CELULAR</b>                                 |   |                            | <b>31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b> |  |  | <b>32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB</b> |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>33. DENOMINACION DEL PRODUCTO</b>  |   |   |   |   | <b>34. MARCA COMERCIAL</b> |  |  |  |                                    | <b>35. PRESENTACION COMERCIAL</b>                                    |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>36. USO DEL PRODUCTO</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>37. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO<br><input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO <input type="checkbox"/> MISCELANEO |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>38. RESTRICCIONES DE USO</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS <input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES <input type="checkbox"/> INTERACCIONES<br><input type="checkbox"/> PRECAUCIONES <input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS <input type="checkbox"/> NO PRESENTA                   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO</b>  |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |
| <b>39. ORIGEN DE LA EMPRESA</b>   |   |   | <b>40. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE</b> |   |                            |  |  |  |                                    | <b>41. N.º DE REGISTRO SANITARIO</b>                                 |         |         |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> EXTRANJERA  |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    | E  | M       | P       | -   |  |  |  |  |
| <b>42. N.º DE RIF</b>   |   |   |   |   |                            |  |  |  |                                    |  |         |         |   |  |  |  |  |



Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
División de Materiales y Equipos de Salud

**E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO**

|  |                              |   |   |   |  |  |  |  |
|--|------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|
| 43. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA | 44. N° DE REGISTRO SANITARIO |   |   |   |  |  |  |  |
|  | E                            | M | P | - |  |  |  |  |
| 45. N° DE RIF                              |                              |   |   |   |  |  |  |  |

**F.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO**

|  |                           |   |   |   |  |  |  |  |
|--|---------------------------|---|---|---|--|--|--|--|
| 46. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA | 47. N° REGISTRO SANITARIO |   |   |   |  |  |  |  |
|  | E                         | M | P | - |  |  |  |  |
| 48. N° DE RIF                                |                           |   |   |   |  |  |  |  |

**G.- DATOS DEL ENVASADOR DEL PRODUCTO (SI APLICA)**

|  |   |                              |   |   |   |  |  |  |  |
|--|---|------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|
| 49. ORIGEN DE LA EMPRESA<br><input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> EXTRANJERA | 50. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA | 51. N° DE REGISTRO SANITARIO |   |   |   |  |  |  |  |
|  |   | E                            | M | P | - |  |  |  |  |
| 52. N° DE RIF  |   |                              |   |   |   |  |  |  |  |

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, actuando en mi carácter de Patrocinante, ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, declaro bajo juramento que:

1. El contenido total de la información es absolutamente cierto y veraz.
2. La Empresa a la que represento prestará todas las facilidades que solicite el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria para poder realizar los controles posteriores.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PATROCINANTE**

**I.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| 53. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO               | 54. ESPECIALISTA RESPONSABLE |
|  |                              |
| 55. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE |                              |
|  |                              |

F.17-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

