

SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO Y/O RENOVACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. TIPO DE SOLICITUD <input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL R. S.		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO	
06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO P M P -		07. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		08. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO	

A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO

09. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO				10. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA E M P -			
11. N.º DE RIF							
UBICACIÓN GEOGRÁFICA							
12. ESTADO		13. MUNICIPIO			14. CIUDAD		
DIRECCIÓN							
15. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		16. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			17. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
18. PISO/PLANTA/LOCAL		19. CÓDIGO POSTAL		20. PUNTO DE REFERENCIA			
21. N.º DE TELÉFONO		22. N.º DE FAX		23. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		24. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

25. APELLIDOS		26. NOMBRES		27. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
28. MATRICULA DEL M. P. P. S.		29. PROFESIÓN			
30. N.º DE TELÉFONO		31. N.º DE CELULAR		32. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
				33. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

34. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO		35. MARCA COMERCIAL		36. PRESENTACION COMERCIAL	
37. USO DEL PRODUCTO					
38. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO <input type="checkbox"/> MISCELANEO					
39. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO SEGÚN EL RIESGO <input type="checkbox"/> CLASE I <input type="checkbox"/> CLASE II <input type="checkbox"/> CLASE III <input type="checkbox"/> CLASE IV					
40. RESTRICCIONES DE USO <input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS <input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES <input type="checkbox"/> INTERACCIONES					



@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.



☐ PRECAUCIONES ☐ REACCIONES ADVERSAS ☐ NO PRESENTA

D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO

41. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	42. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	43. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
44. N° DE RIF		

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
45. ESTADO	46. MUNICIPIO	47. CIUDAD	54. PAÍS	55. CIUDAD	
DIRECCIÓN			56. DIRECCIÓN		
48. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		49. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
50. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		51. PISO/PLANTA/LOCAL			
52. CÓDIGO POSTAL	53. PUNTO DE REFERENCIA				
57. N° DE TELÉFONO	58. N° DE FAX	59. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	60. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

61. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	62. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
63. N° DE RIF	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
64. ESTADO	65. MUNICIPIO
66. CIUDAD	
DIRECCIÓN	
67. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	68. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA
69. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
70. PISO/PLANTA/LOCAL	71. CÓDIGO POSTAL
72. PUNTO DE REFERENCIA	
73. N° DE TELÉFONO	74. N° DE FAX
75. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	76. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

F.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO

77. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA	78. N° REGISTRO SANITARIO E M P -
79. N° DE RIF	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
80. ESTADO	81. MUNICIPIO
82. CIUDAD	



@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.



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

DIRECCION			
83. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		84. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	
85. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN			
86. PISO/PLANTA/LOCAL	87. CÓDIGO POSTAL	88. PUNTO DE REFERENCIA	
89. N° DE TELÉFONO	90. N° DE FAX	91. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	92. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

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

93. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA		94. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA		95. N° DE REGISTRO SANITARIO	
				E M P -	
96. N° DE RIF					
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
97. ESTADO	98. MUNICIPIO	99. CIUDAD	100. PAÍS	101. CIUDAD	
			102. DIRECCIÓN		
103. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		104. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
105. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		106. PISO/PLANTA/LOCAL			
107. CÓDIGO POSTAL	108. PUNTO DE REFERENCIA				
109. N° DE TELÉFONO	110. N° DE FAX	111. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		112. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

H.- DATOS DE LA PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO (EMPAQUE O ENVASE)

113. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE O ENVASE PRIMARIO QUE ESTA EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO		114. CONTENIDO NETO DEL ENVASE.	115. UNIDAD DE MEDIDA
116. ¿POSEE EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	117. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO	118. ¿POSEE PROSPECTO O INSERTO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	119. ¿POSEE CATÁLOGO? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO
120. ¿POSEE TÉCNICAS? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	ESPECIFICACIONES <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	121. ¿SE PRESENTA EN KIT? <input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	122. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL KIT

I.- DATOS DE LOS COMPONENTES QUE CONFORMAN EL PRODUCTO (SI APLICA)

LISTA DE COMPONENTES QUE INTEGRAN EL PRODUCTO		
123. COMPONENTE (S)	124. CANTIDAD TOTAL	125. UNIDAD DE MEDIDA



@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.



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

126. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	127. ESPECIALISTA RESPONSABLE										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
128. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.01-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022



@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.