



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

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

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		
			P	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. MATRÍCULA 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. DENOMINACION DEL PRODUCTO		35. MARCA COMERCIAL			36. PRESENTACION COMERCIAL
37. USO DEL PRODUCTO					
38. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO					
<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO		<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <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.º DE REGISTRO SANITARIO E M P -
44. N.º 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.º DE TELÉFONO	58. N.º 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.º DE REGISTRO SANITARIO E M P -
63. N.º 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.º DE TELÉFONO	74. N.º 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.º REGISTRO SANITARIO E M P -
79. N.º 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			
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.º DE TELÉFONO	90. N.º 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	94. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA		95. N.º DE REGISTRO SANITARIO
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA			E M P -
96. N.º DE RIF			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL		UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA	
97. ESTADO	98. MUNICIPIO	99. CIUDAD	100. PAÍS
		101. CIUDAD	
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.º DE TELÉFONO	110. N.º 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	
120. ¿POSEE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS?	<input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	121. ¿SE PRESENTA EN KIT?	122. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL KIT
		<input type="checkbox"/> SI · <input type="checkbox"/> NO	

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. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	127. ESPECIALISTA RESPONSABLE
_____	_____
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.

