



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

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

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



@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

**D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO**

39. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	40. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE	41. N.º DE REGISTRO SANITARIO <table border="1"><tr><td>E</td><td>M</td><td>P</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							E	M	P	-								
E	M	P	-																	
42. N.º DE RIF																				

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

43. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	44. N.º DE REGISTRO SANITARIO <table border="1"><tr><td>E</td><td>M</td><td>P</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							E	M	P	-								
E	M	P	-																
45. N.º DE RIF																			

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

46. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA	47. N.º REGISTRO SANITARIO <table border="1"><tr><td>E</td><td>M</td><td>P</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							E	M	P	-								
E	M	P	-																
48. N.º DE RIF																			

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

49. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	50. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA	51. N.º DE REGISTRO SANITARIO <table border="1"><tr><td>E</td><td>M</td><td>P</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							E	M	P	-								
E	M	P	-																	
52. N.º DE RIF																				



@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

### 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



@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.

