

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 SUSTITUCION 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			
A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO														
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														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
11. ESTADO					12. MUNICIPIO					13. CIUDAD				
DIRECCIÓN														
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.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD														
24. APELLIDOS					25. NOMBRES					26. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD				
										<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -				
27. MATRÍCULA 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				
C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO														
33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO					34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACIÓN COMERCIAL				
36. USO DEL PRODUCTO														
37. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO														
<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRÚRGICO <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° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
42. N° DE RIF		

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 <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	50. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ENVASADORA	51. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
52. N° 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. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	54. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<div></div>	
55. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<div></div>	

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.

