

Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas  
División de Edificaciones, Equipos y Envases

## SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO

(Utilice la tecla TAB para cambiar de un campo a otro en todo el formulario)

### A.- DATOS DE LA SOLICITUD

01. TIPO DE RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO				
<input type="checkbox"/> MATERIAS PRIMAS PARA LA ELABORACIÓN DE ENVASES, EMPAQUES Y/O ARTÍCULOS A ESTAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS. <input type="checkbox"/> ENVASES, EMPAQUES Y/O ARTÍCULOS A ESTAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS.		<input type="checkbox"/> DETERGENTES Y DESINFECTANTES A ESTAR EN CONTACTO CON ALIMENTOS. <input type="checkbox"/> EQUIPOS PARA ALIMENTOS. <input type="checkbox"/> EQUIPOS PARA TRATAMIENTO DE AGUA A NIVEL DOMÉSTICO.		
02. FECHA DE SOLICITUD		03. NÚMERO DE SOLICITUD (uso Interno)		04. TIPO DE PRODUCTO
DÍA	MES	AÑO		
				<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO

### B.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

06. N° REGISTRO SANITARIO	07. FECHA DEL REGISTRO	08. DESCRIPCIÓN DE PRODUCTO
09. COMPONENTE(S)	10. DENOMINACIÓN COMERCIAL	11. USOS

### C.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE O IMPORTADORA NACIONAL

12. RAZÓN SOCIAL	13. OBJETO DE LA RAZÓN SOCIAL	14. N° DE RIF
UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
15. ESTADO	16. CIUDAD	
17. MUNICIPIO	18. AVENIDA/CALLE	
19. EDIFICIO/CASA/QUINTA/GALPÓN	20. PISO/PLANTA/LOCAL	
21. TELÉFONO	22. FAX	23. E-MAIL



@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 Inocuidad de Alimentos y Bebidas  
División de Edificaciones, Equipos y Envases

**D.- DATOS DE LA EMPRESA FABRICANTE – PAÍS DE ORIGEN (Solo para Productos Importados)**

24. RAZÓN SOCIAL		25. OBJETO DE LA RAZÓN SOCIAL	
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
26. PAIS		27. CIUDAD	
28. DIRECCIÓN			
29. TELÉFONO	30. FAX	31. E-MAIL	32. PAGINA WEB

**E.- IDENTIFICACIÓN DE LAS MATERIAS PRIMAS UTILIZADAS (Solo para Envases, Empaques y/o Artículos)**

33. MATERIA PRIMA	34. N° DE OFICIO (REGISTRO/AUTORIZACIÓN SANITARIA)	35. FECHA	36. PROVEEDOR

**F.- MEMORIA DESCRIPTIVA DEL EQUIPO (Solo para Equipos para Alimentos y Equipos para Tratamiento de Agua a Nivel Doméstico)**

37. BREVE DESCRIPCIÓN



@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 Inocuidad de Alimentos y Bebidas  
División de Edificaciones, Equipos y Envases

**G.- DATOS DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MPPS**

38. APELLIDOS	39. NOMBRES	40. N° C.I.
41. PROFESIÓN	42. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN	
43. TELÉFONO	44. CELULAR	45. E-MAIL

**H.- OBSERVACIONES**

46. DESCRIPCIÓN



@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 Inocuidad de Alimentos y Bebidas  
División de Edificaciones, Equipos y Envases**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, por medio de este documento declaro, bajo fe de juramento, que la información suministrada es verdadera y que el producto a renovar se sigue fabricando bajo las mismas condiciones autorizadas inicialmente, por lo que en caso de demostrarse que alguno de los datos es falso, quedo sometido(a) a las disposiciones legales y reglamentarias que rigen la materia.

---

**FIRMA DEL (LA) SOLICITANTE****I- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

47. RECIBIDO POR	48. REVISADO Y EVALUADO POR
FIRMA: _____	FIRMA: _____
FECHA: ____/____/____	FECHA: ____/____/____

F.02-IAB-EEE-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.