

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE ENVASE/EMPAQUE SECUNDARIO DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
05.-NUMERO 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° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA						
										E	M	P	-			
10. N° 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° DE TELÉFONO			21. N° 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° DE CÉDULA DE IDENTIDAD						
										<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -						
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.			28. PROFESIÓN													
29. N° DE TELÉFONO			30. N° 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																
<b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO</b>																
37. ORIGEN DE LA EMPRESA			38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							39. N° DE REGISTRO SANITARIO						
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA										E M P -						
40. 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 Registro y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud  
División de Materiales y Equipos de Salud

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA		
41. ESTADO	42. MUNICIPIO	43. CIUDAD	50 PAÍS	51. CIUDAD	
DIRECCIÓN			52. DIRECCIÓN		
44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			
46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		47. PISO/PLANTA/LOCAL			
48. CÓDIGO POSTAL	49. PUNTO DE REFERENCIA				
53. N° DE TELÉFONO	54. N.º DE FAX	55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	

#### E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	58. N° DE REGISTRO SANITARIO							
	E	M	P	-				
59. N° DE RIF								

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

60. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE O ENVASE PRIMARIO QUE ESTA EN CONTACTO DIRECTO CON EL PRODUCTO		61. CONTENIDO NETO DEL ENVASE.	62. UNIDAD DE MEDIDA
63. ¿POSEE EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO? <input type="checkbox"/> SI • <input type="checkbox"/> NO	64. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE O ENVASE SECUNDARIO	65. DESCRIPCIÓN DEL EMPAQUE SECUNDARIO PROPUESTO	



@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 Registro 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**

#### G.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

66. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	67. 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>											
68. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

F.08-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.

