



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría SanitariaDirección de Registro y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud**sacs****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		
A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO									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														
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° DE TELÉFONO		21. N° 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° DE CEDULA 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						
C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO														
33. DENOMINACION DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACION COMERCIAL					
36. USO DEL PRODUCTO														
D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO														
37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE							39. N° DE REGISTRO SANITARIO					
<input type="checkbox"/> NACIONAL									E	M	P	-		
<input type="checkbox"/> EXTRANJERA														
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.



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría SanitariaDirección de Registro y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud**sacs**

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.º 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.º DE REGISTRO SANITARIO
	E M P -
59. N.º 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. DESCRIPCION 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.



Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Servicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria

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

sacs

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
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.

