



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria**sacs**

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE ENVASE/EMPAQUE PRIMARIO 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"/> 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																		



@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 Sanitaria**sacs**

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

37. ORIGEN DE LA EMPRESA	38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE			39. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL	<input type="checkbox"/> EXTRANJERA				E	M	P	-				
40. N.º DE RIF												
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL				UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA								
41. ESTADO	42. MUNICIPIO	43. CIUDAD			44. PAÍS	45. CIUDAD						
46. DIRECCIÓN:												
47. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			48. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA									

49. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	50. PISO/PLANTA/LOCAL			
51. CÓDIGO POSTAL	52. 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 PRIMARIO APROBADO	61. TIPO DE MATERIAL DEL EMPAQUE PRIMARIO PROPUESTO	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	



@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.



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)

65. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	66. ESPECIALISTA RESPONSABLE
67. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.09-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.

