



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del
Poder Popular
para la Salud

Servicio
Autónomo de
Contraloría Sanitaria



Dirección de Registro y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones 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														
P	M	P	-										06. TIPO DE PRODUCTO	07. ORIGEN DEL PRODUCTO
											<input type="checkbox"/> MATERIAL	<input type="checkbox"/> NACIONAL		
											<input type="checkbox"/> EQUIPO	<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 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					

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					
<input type="checkbox"/> EXTRANJERA										M					
										P					
										-					
40. N° DE RIF															
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL							UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA								
41. ESTADO			42. MUNICIPIO			43. CIUDAD		44. PAÍS			45. CIUDAD				
DIRECCIÓN															
46. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL					47. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					48. DIRECCIÓN					

"Vigilando la Salud de Todas y Todos"

Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

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

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, piso 3, oficina 330, El Silencio. Caracas-Venezuela. Telf.: 408 00 80/05 16



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del
Poder Popular
para la **Salud**

Servicio
Autónomo de
Contraloría Sanitaria



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

49. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		50. PISO/PLANTA/LOCAL	
51. CÓDIGO POSTAL	52. PUNTO DE REFERENCIA		
53. N° DE TELÉFONO	54. N° 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	

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. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO								67. ESPECIALISTA RESPONSABLE				
68. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE												

“Vigilando la Salud de Todas y Todos”

Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

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

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, piso 3, oficina 330, El Silencio. Caracas-Venezuela. Telf.: 408 00 80/05 16