

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

05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. Nº DE SOLICITUD (USO INTERNO)						
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO							
P	M	P	-							06. TIPO DE PRODUCTO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO						
										<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. Nº DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
										E	M	P	-						
10. Nº 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. Nº DE TELÉFONO				21. Nº 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. Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
																<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.				28. PROFESIÓN															
29. Nº DE TELÉFONO				30. Nº 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. Nº DE REGISTRO SANITARIO							
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA												E	M	P	-				
40. Nº DE RIF																			
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>												<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>							
41. ESTADO				42. MUNICIPIO				43. CIUDAD				50 PAÍS			51. CIUDAD				
<b>DIRECCIÓN</b>												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. Nº DE TELÉFONO				54. N.º DE FAX				55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB							

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

**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	

F.08-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022