



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**Servicio 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 EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD NACIONALES O IMPORTADOS

05. TIPO DE PRODUCTO			06. ORIGEN DEL PRODUCTO			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO			01. DÍA    02. MES    03. AÑO		
<b>A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO</b>								
07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO					08. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
E    M    P    -								
09. N.º DE RIF								
<b>DIRECCIÓN</b>								
10. N.º DE TELÉFONO	11. N.º DE FAX	12. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			13. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			
<b>B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b>								
14. APELLIDOS			15. NOMBRES			16. N.º DE CEDULA DE IDENTIDAD		
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -								
17. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.	18. PROFESIÓN							
19. N.º DE TELÉFONO	20. N.º DE CELULAR	21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			22. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB			
<b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>								
23. DENOMINACION DEL PRODUCTO			24. MARCA COMERCIAL			25. PRESENTACION COMERCIAL		
26. USO DEL PRODUCTO			27. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO			P    M    P    -		
<b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO ACTUAL</b>								
28. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE								
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>								
29. PAÍS					30. CIUDAD			
31. DIRECCIÓN								
<b>E.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO A CAMBIAR</b>								
32. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE								
<b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b>								
33. PAÍS					34. CIUDAD			
35. DIRECCIÓN								



@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

# sacs

Dirección de Regulación 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

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

36. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	37. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	
38. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.10-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.

