



Ministerio del Poder Popular para la

**SALUD**Servicio Autónomo  
de Contraloría SanitariaDirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud  
División de Materiales y Equipos de Salud**sacs****SOLICITUD POR CAMBIO DE DIRECCIÓN DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD IMPORTADOS**

									FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
			01. DÍA			02. MES			03. AÑO					
05. NÚMERO 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"/> EQUIPO	<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. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA					
									E	M	P	-		
10. N.º 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. N.º DE TELÉFONO		21. N.º 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. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD					
									<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> E	-			
27. MATRÍCULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN												
29. N.º DE TELÉFONO		30. N.º DE CELULAR			31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB					
<b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>														
33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO				34. MARCA COMERCIAL					35. PRESENTACIÓN COMERCIAL					
36. USO DEL PRODUCTO														
37. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO														
<input type="checkbox"/> MÉDICO		<input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO		<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO		<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO								
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> ESTÉTICO		<input type="checkbox"/> MISCELANEO										
38. RESTRICCIONES DE USO														
<input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS		<input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES		<input type="checkbox"/> INTERACCIONES										
<input type="checkbox"/> PRECAUCIONES		<input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS		<input type="checkbox"/> NO PRESENTA										



@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.

**D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO**

39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE

40. DIRECCIÓN ANTERIOR

41. DIRECCIÓN ACTUAL

**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****E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

42. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO 43. ESPECIALISTA RESPONSABLE

44. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.11-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.