

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

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"/> EQUIPO	<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.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA							
								E	M	P	-				
10. N.º 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.º DE TELÉFONO		21. N.º 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.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD			
								<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -			
27. MATRICULA 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			

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

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 QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO <input type="checkbox"/> MISCELÁNEO											
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.



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

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.

