

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

SOLICITUD DE EXCLUSION DE EMPRESA FABRICANTE DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------|---------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | | 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 <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO |
| P | M | P | - | | | | | <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO | | | |

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. 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 | | | |

C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|
| 33. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO | | | | 34. MARCA COMERCIAL | | | | 35. PRESENTACIÓN COMERCIAL | | | |
| 36. USO DEL PRODUCTO | | | | | | | | | | | |



@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 QUE DESEA EXCLUIR

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------|---|---|------------|--|--|--|--|
| 37. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA | 38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE A EXCLUIR | 39. N° DE REGISTRO SANITARIO | | | | | | | |
| | | E | M | P | - | | | | |
| 40. N° DE RIF | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA FABRICANTE A EXCLUIR | | | | | | | | | |
| 41. PAÍS | | | | | 42. CIUDAD | | | | |
| 43. DIRECCIÓN | | | | | | | | | |

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)

| | |
|------------------------------------------------|------------------------------|
| 44. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO | 45. ESPECIALISTA RESPONSABLE |
| <div></div> | |
| 46. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE | |

F.14-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.

