

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE PROPIETARIO DEL PRODUCTO PARA 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			
P	M	P	-							<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. 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																
<b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO</b>																
37. ORIGEN DE LA EMPRESA		38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE						39. N.º DE REGISTRO SANITARIO								
<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA								E M P -								
40. N.º DE RIF																



@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

UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA	
41. PAÍS	42. CIUDAD
43. DIRECCIÓN	

**E.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ANTERIOR**

44. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	46. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
47. N° DE RIF		

**UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO**

48. PAÍS	49. CIUDAD
50. DIRECCIÓN	

**F.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ACTUAL**

51. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	52. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	53. N° DE REGISTRO SANITARIO E M P -
54. N° DE RIF		

**UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO**

55. PAÍS	56. CIUDAD
57. 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.



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**

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

58. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	59. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.15-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.*

