



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría SanitariaDirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud**sacs****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		
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				
10. N.º DE RIF			E	M	P		
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 CEDULA 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. DENOMINACION DEL PRODUCTO		34. MARCA COMERCIAL		35. PRESENTACION COMERCIAL			
36. USO DEL PRODUCTO							
D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO							
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.



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria**sacs**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	45. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA	46. N.º DE REGISTRO SANITARIO
<input type="checkbox"/> NACIONAL		E <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EXTRANJERA		

47. N.º DE RIF

UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL PROPIETARIO	
48. PAÍS	49. CIUDAD
50. DIRECCIÓN	

F.- DATOS DEL PROPIETARIO DEL PRODUCTO ACTUAL

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

54. N.º 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.



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
[REDACTED]	
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.

