

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

SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA 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	
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. 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			
										<input type="checkbox"/> EXTRANJERA			
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>	
60. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<div></div>	

F.16-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.*

