



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

## SOLICITUD DE NOTIFICACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD DETERIORADOS O VENCIDOS

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)			
01. DÍA	02. MES	03. AÑO				
05. TIPO DE PRODUCTO		06. ORIGEN DEL PRODUCTO				
<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>						
07. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO			08. N.º DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA			
			E	M	P	-
09. N.º DE RIF						
<b>B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b>						
10. APELLIDOS		11. NOMBRES		12. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD		
				<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
13. MATRICULA DEL M. P. P. S.		14. PROFESIÓN				
15. N.º DE TELÉFONO	16. N.º DE CELULAR		17. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		18. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	
<b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DETERIORADOS O VENCIDOS A DESTRUIR</b>						
19. NOMBRE DEL PRODUCTO		20. PMP	21. FABRICANTE	22. FECHA DE ELABORACIÓN	23. FECHA DE VENCIMIENTO	
<b>D.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO</b>						
25. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA			26. N.º DE REGISTRO SANITARIO			
			E	M	P	-
27. N.º DE RIF						
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>						
28. ESTADO	29. MUNICIPIO		30. CIUDAD			
<b>DIRECCIÓN</b>						
31. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		32. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA		33. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN		
34. PISO/PLANTA/LOCAL	35. CÓDIGO POSTAL	36. PUNTO DE REFERENCIA				
37. N.º DE TELÉFONO	38. N.º DE FAX		39. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		40. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	



@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

**E.- DATOS DEL DISTRIBUIDOR DEL PRODUCTO**

41. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA		42. N° REGISTRO SANITARIO																
		<table border="1"><tr><td>E</td><td>M</td><td>P</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							E	M	P	-						
E	M	P	-															
43. N° DE RIF																		
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>																		
44. ESTADO		45. MUNICIPIO			46. CIUDAD													
<b>DIRECCIÓN</b>																		
47. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL			48. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA			49. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN												
50. PISO/PLANTA/LOCAL		51. CÓDIGO POSTAL		52. PUNTO DE REFERENCIA														
53. N° DE TELÉFONO		54. N° DE FAX		55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB											

**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**

**F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

57. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO	58. ESPECIALISTA RESPONSABLE								
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
59. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE									

F.19-MEEPS-MES-OPP-JULIO 3022



@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.

