



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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

										FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO			
05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO										06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO			07. ORIGEN DEL PRODUCTO <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO		
P	M	P	-												
A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO 08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO										09. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA E M P -					
10. N° 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° DE TELÉFONO		21. N° 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° DE CEDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E						
27. MATRICULA DEL M. P. P. S.		28. PROFESIÓN													
29. N° DE TELÉFONO		30. N° 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. PRESENTACION COMERCIAL A EXCLUIR				37. 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.





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**D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO**

38. ORIGEN DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> EXTRANJERA	39. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE		40. N.º DE 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><td></td><td></td></tr></table>							E	M	P	-								
E	M	P	-																		
41. N.º DE RIF																					
UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL			UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA																		
42. ESTADO	43. MUNICIPIO	44. CIUDAD	51. PAÍS		52. CIUDAD																

DIRECCIÓN		53. DIRECCIÓN										
45. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	46. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA											
47. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	48. PISO/PLANTA/LOCAL											
49. CÓDIGO POSTAL	50. PUNTO DE REFERENCIA											
54. N.º DE TELÉFONO	55. N.º DE FAX	56. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	57. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB									

E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO

58. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA	59. N.º DE 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><td></td><td></td></tr></table>		E	M	P	-								
E	M	P	-											
60. 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

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____ portador de la Cédula de identidad Nº _____, 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)**

61. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	62. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	
63. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	

F.21-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.