



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

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE EMPRESA IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO		

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO											
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										06. TIPO DE PRODUCTO	
P	M	P	-								
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO										08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO	
09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO										11. PAÍS	
10. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO										11. N° RIF	
										12. N° DE REGISTRO SANITARIO	
E	M	P	-								

B. DATOS DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD											
13. APELLIDOS						14. NOMBRES			15. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		
									<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
16. N° DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.				17. PROFESIÓN							
18. N° DE TELÉFONO				19. N° DE CELULAR				20. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

C.- DATOS DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR A EXCLUIR											
21. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA										22. N° DE REGISTRO SANITARIO	
										E M P -	
23. N° DE RIF											
24. N° DE TELÉFONO			25. N° DE FAX			26. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			27. 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.





Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Servicio 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 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

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

28. ESPECIALISTA RESPONSABLE

29. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.23-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.

