

**SOLICITUD DE PERMISO DE IMPORTACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD**

			FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N.º DE SOLICITUD (USO INTERNO)		
			01. DIA	02. MES	03. AÑO			
05. TIPO DE PRODUCTO		06. FINALIDAD DEL PERMISO DE IMPORTACIÓN						
<input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO		<input type="checkbox"/> MUESTRAS PARA ANÁLISIS PARA REGISTRO <input type="checkbox"/> PERSONAS NATURALES			<input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN		<input type="checkbox"/> DOCENTES	
A.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD								
07. APELLIDOS			08. NOMBRES			09. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD		
						<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
10. MATRÍCULA DEL M.P.P.S		11. PROFESIÓN						
12. N.º DE TELÉFONO		13. N.º DE CELULAR		14. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			15. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB	
B.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO								
16. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO			17. MARCA COMERCIAL			18. PRESENTACIÓN COMERCIAL		
19. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO								
<input type="checkbox"/> MÉDICO		<input type="checkbox"/> MÉDICO QUIRURGICO		<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO		<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO		
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> ESTÉTICO		<input type="checkbox"/> MISCELÁNEO				
20. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE					21. PAÍS			
22. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA					23. N.º DE REGISTRO SANITARIO		24. PAÍS	
					E M P - _____			
25. N.º DE RIF								
26. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PROPIETARIA					E M P - _____		27. PAÍS	
C.- DATOS DE LA INSTITUCIÓN EVALUADORA								
28. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN			29. CANTIDAD DE MUESTRA A EVALUAR			30. N.º DE PACIENTES SOMETIDOS A EVALUACIÓN		
UBICACIÓN GEOGRÁFICA								
31. ESTADO		32. MUNICIPIO			33. CIUDAD			

/



@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

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

sacs

DIRECCIÓN			
34. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		35. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	
37. PISO/PLANTA/LOCAL	38. CÓDIGO POSTAL	39. PUNTO DE REFERENCIA	
40. N° DE TELÉFONO	41. N° DE CELULAR	42. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	43. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

D.- DATOS DEL PUERTO DE ENTRADA POR DONDE INGRESARÁ EL PRODUCTO

44. PUERTO DE ENTRADA		45. VÍA			
		<input type="checkbox"/> AÉREA	<input type="checkbox"/> MARÍTIMA	<input type="checkbox"/> TERRESTRE	
UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
46. ESTADO	47. MUNICIPIO			48. CIUDAD	

E.- OBSERVACIONES DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

@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

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

Servicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria

sacs

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.
3. La fabricación del bien o producto señalado en la presente cumple con las buenas prácticas de manufactura y/o fabricación.

FIRMA DEL PATROCINANTE

F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

49. ESPECIALISTA RESPONSABLE

50. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.03-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.

