



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.

## SOLICITUD DE PERMISO SANITARIO PARA EXPORTACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD PARA PERSONAS NATURALES

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

05. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO
06. EXPOSICIÓN DE MOTIVO DEL PERMISO DE EXPORTACIÓN

### A.- DATOS DEL SOLICITANTE AUTORIZADO POR LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

07. APELLIDOS		08. NOMBRES		09. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
10. MATRÍCULA DEL M.P.P.S		11. PROFESIÓN			
12. N° DE TELÉFONO		13. N° 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. CANTIDAD	
20. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE					21. PAÍS		

### C.- DATOS DEL PUERTO DE SALIDA

22. PUERTO DE SALIDA	23. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE

### D.- DATOS DEL PUERTO DE ENTRADA

24. PUERTO DE ENTRADA	25. VÍA <input type="checkbox"/> AÉREA <input type="checkbox"/> MARÍTIMA <input type="checkbox"/> TERRESTRE

UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
26. PAÍS DE RECEPCIÓN	



@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.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PATROCINANTE**

#### E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

28. ESPECIALISTA RESPONSABLE

29. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE

F.04-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.*

