



Ministerio del Poder Popular para la

SALUDServicio Autónomo
de Contraloría SanitariaDirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos y Establecimientos de Salud
División de Materiales y Equipos de Salud**sacs**

**SOLICITUD DE CAMBIO DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO
DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD**

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

A.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO P M P -	06. TIPO DE PRODUCTO <input type="checkbox"/> MATERIAL <input type="checkbox"/> EQUIPO	
07. DENOMINACIÓN DEL PRODUCTO	08. PRESENTACIÓN COMERCIAL DEL PRODUCTO	
09. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE DEL PRODUCTO	10. PAÍS	
11. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO	12. N.º RIF	13. N.º DE REGISTRO SANITARIO E M P -

B. DATOS DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

14. APELLIDOS	15. NOMBRES	16. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> V - E -
17. N.º DE MATRÍCULA DEL M.P.P.S.	18. PROFESIÓN	
19. N.º DE TELÉFONO	20. N.º DE CELULAR	21. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

C.- DATOS DE LA NUEVA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDOR QUE RECIBIRA LA TITULARIDAD DE REGISTRO SANITARIO

22. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA Y/O DISTRIBUIDORA	23. N.º DE REGISTRO SANITARIO E M P -		
24. N.º DE RIF			
25. N.º DE TELÉFONO	26. N.º DE FAX	27. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	28. 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

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

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.

FIRMA DEL PATROCINANTE

D.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

29. ESPECIALISTA RESPONSABLE

30. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REPOSABLE

F.06-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.

