

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
División de Inspecciones y Tecnovigilancia

**SOLICITUD DE CONSTANCIA DE CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE EMPRESA
FABRICANTE DE PRODUCTOS ABSORBENTES PARA LA HIGIENE PERSONAL**

										FECHA DE SOLICITUD USO INTERNO			04. N.º DE SOLICITUD USO INTERNO	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO														
E	M	P	-											
A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD														
06. APELLIDOS										07. NOMBRES			08. N.º DE CÉDULA DE IDENTIDAD	
													<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -	
09. MATRICULA DEL M. P. P. S.					10. PROFESIÓN									
11. N.º DE TELÉFONO				12. N.º DE CELULAR				13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				14. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB		
B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE														
15. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA										16. N.º DE RIF				
17. OBJETO DE LA EMPRESA • DISTRIBUIDOR • EXPORTADOR • FABRICANTE • IMPORTADOR • SERVICIO TÉCNICO • ENVASADOR • ENSAMBLADOR														
C.- DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SOLICITANTE														
OFICINA ADMINISTRATIVA														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
18. ESTADO					19. MUNICIPIO					20. CIUDAD				
21. PARROQUIA														
DIRECCIÓN														
22. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL					23. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					24. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON				
25. PISO/PLANTA/LOCAL			26. CÓDIGO POSTAL			27. PUNTO DE REFERENCIA								
28. N.º DE TELÉFONO			29. N.º DE FAX			30. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				31. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				
PLANTA DE PRODUCCIÓN														
UBICACIÓN GEOGRÁFICA														
32. ESTADO					33. MUNICIPIO					34. CIUDAD				
35. PARROQUIA														
DIRECCIÓN														
36. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL					37. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA					38. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON				
39. PISO/PLANTA/LOCAL			40. CÓDIGO POSTAL			41. PUNTO DE REFERENCIA								
42. N.º DE TELÉFONO			43. N.º DE FAX			44. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				45. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB				



Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
División de Inspecciones y Tecnovigilancia

ALMACEN			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
46. ESTADO	47. MUNICIPIO	48. CIUDAD	
49. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
50. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	51. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	52. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
53. PISO/PLANTA/LOCAL	54. CÓDIGO POSTAL	55. PUNTO DE REFERENCIA	
56. N° DE TELEFONO	57. N° DE FAX	58. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	59. DIRECCION DE PAGINA WEB

D.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

60. DENOMINACION DEL PRODUCTO	61. MARCA COMERCIAL	62. PRESENTACION COMERCIAL	
63. USO DEL PRODUCTO			
64. 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"/> MISCELANEO			
65. CLASIFICACIÓN DEL PRODUCTO SEGÚN EL RIESGO			
<input type="checkbox"/> CLASE I <input type="checkbox"/> CLASE II <input type="checkbox"/> CLASE III <input type="checkbox"/> CLASE IV			
66. RESTRICCIONES DE USO			
<input type="checkbox"/> ADVERTENCIAS <input type="checkbox"/> CONTRAINDICACIONES <input type="checkbox"/> INTERACCIONES <input type="checkbox"/> PRECAUCIONES <input type="checkbox"/> REACCIONES ADVERSAS <input type="checkbox"/> NO PRESENTA			

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

E.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)

67. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	68. ESPECIALISTA RESPONSABLE																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					
69. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE																					

F.19-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022

