

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

## SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PRESENTACIÓN(ES) COMERCIAL(ES) DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

|  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
|--|---|---|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|----------|--|--|------------|---------|---|--|--|--|--|
|  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  | FECHA DE SOLICITUD<br>(USO INTERNO)                                  |            |         | 04. N° DE SOLICITUD<br>(USO INTERNO)                                    |  |  |  |  |
|  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  | 01. DÍA  | 02. MES    | 03. AÑO |   |  |  |  |  |
| 05.-NUMERO DE REGISTRO SANITARIO   |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  | 06. TIPO DE PRODUCTO   |            |         | 07. ORIGEN DEL PRODUCTO   |  |  |  |  |
| P  | M | P | -  |  |                                    |                                     |   |          |  | <input type="checkbox"/> MATERIAL<br><input type="checkbox"/> EQUIPO |            |         | <input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> IMPORTADO |  |  |  |  |
| <b>A.- DATOS DEL TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO DEL PRODUCTO</b>                                   |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 08. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA TITULAR DEL REGISTRO SANITARIO                             |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  | 09. N° DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA                              |            |         |   |  |  |  |  |
|  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  | E  | M          | P       | -   |  |  |  |  |
| 10. N° DE RIF  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| <b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 11. ESTADO   |   |   |  |  | 12. MUNICIPIO                      |                                     |   |          |  | 13. CIUDAD   |            |         |   |  |  |  |  |
| <b>DIRECCIÓN</b>   |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 14. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL  |   |   |  |  | 15. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA |                                     |   |          |  | 16. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN                                      |            |         |   |  |  |  |  |
| 17. PISO/PLANTA/LOCAL  |   |   | 18. CÓDIGO POSTAL                                  |  |                                    | 19. PUNTO DE REFERENCIA             |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 20. N° DE TELÉFONO   |   |   | 21. N° DE FAX                                      |  |                                    | 22. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |   |          |  | 23. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB  |            |         |   |  |  |  |  |
| <b>B.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b> |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 24. APELLIDOS  |   |   |  |  | 25. NOMBRES                        |                                     |   |          |  | 26. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD  |            |         |   |  |  |  |  |
|  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  | <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -              |            |         |   |  |  |  |  |
| 27. MATRICULA DEL M. P. P. S.  |   |   | 28. PROFESIÓN                                      |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
|  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 29. N° DE TELÉFONO   |   |   | 30. N° DE CELULAR                                  |  |                                    | 31. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |   |          |  | 32. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB  |            |         |   |  |  |  |  |
| <b>C.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO</b>  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 33. DENOMINACION DEL PRODUCTO  |   |   |  |  | 34. MARCA COMERCIAL                |                                     |   |          |  | 35. PRESENTACION COMERCIAL A INCLUIR                                 |            |         |   |  |  |  |  |
| 36. USO DEL PRODUCTO   |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| <b>D.- DATOS DEL FABRICANTE DEL PRODUCTO</b>   |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 37. ORIGEN DE LA EMPRESA   |   |   | 38. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA FABRICANTE |  |                                    |                                     |   |          |  | 39. N° DE REGISTRO SANITARIO   |            |         |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> EXTRANJERA                           |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  | E  | M          | P       | -   |  |  |  |  |
| 40. N° DE RIF  |   |   |  |  |                                    |                                     |   |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| <b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA EMPRESA NACIONAL</b>   |   |   |  |  |                                    |                                     | <b>UBICACIÓN DE LA EMPRESA EXTRANJERA</b> |          |  |  |            |         |   |  |  |  |  |
| 41. ESTADO   |   |   | 42. MUNICIPIO                                      |  |                                    | 43. CIUDAD                          |   | 50. PAÍS |  |  | 51. CIUDAD |         |   |  |  |  |  |



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

|   |                                    |                                     |                             |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <b>DIRECCIÓN</b>                        |                                    | 52. DIRECCIÓN                       |                             |
| 44. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL | 45. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA |                                     |                             |
| 46. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN         | 47. PISO/PLANTA/LOCAL              |                                     |                             |
| 48. CÓDIGO POSTAL                       | 49. PUNTO DE REFERENCIA            |                                     |                             |
| 53. N° DE TELÉFONO                      | 54. N.º DE FAX                     | 55. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | 56. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB |

**E.- DATOS DEL IMPORTADOR DEL PRODUCTO**

|  |                              |   |   |   |  |  |
|--|------------------------------|---|---|---|--|--|
| 57. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA IMPORTADORA | 58. N° DE REGISTRO SANITARIO |   |   |   |  |  |
|  | E                            | M | P | - |  |  |
| 59. N° DE RIF                              |                              |   |   |   |  |  |

**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**

**F.- PARA USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE (NO ESCRIBIR)**

|   |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 60. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO  | 61. 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> |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 62. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

F.20-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

