

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

## SOLICITUD DEL CESE DE ACTIVIDADES COMERCIALES DE EMPRESAS DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

05. CESE DE ACTIVIDADES COMERCIALES DE EMPRESAS <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> DEFINITIVO	FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)										
	01. DIA	02. MES	03. AÑO											
06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA														
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">E</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">P</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>					E	M	P	-						
E	M	P	-											

### A.- DATOS DEL PATROCINANTE 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. MATRICULA DEL M. P. S.	11. PROFESIÓN	
12. N° DE TELÉFONO	13. N° DE TELÉFONO MÓVIL	14. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

15. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA	16. N° DE RIF
17. OBJETO DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR <input type="checkbox"/> EXPORTADOR <input type="checkbox"/> FABRICANTE <input type="checkbox"/> IMPORTADOR <input type="checkbox"/> SERVICIO TÉCNICO <input type="checkbox"/> ENVASADOR <input type="checkbox"/> ENSAMBLADOR	

### C.- REGISTRO MERCANTIL

18. TOMO	19. NÚMERO	PROTOCOLIZACIÓN					
		20. DÍA	21. MES	22. AÑO			
<b>MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL</b>							
23. REGISTRO	24. CIRCUNSCRIPCIÓN	PROTOCOLIZACIÓN			28. TOMO	29. NÚMERO	30. MODIFICACIÓN
		25. DIA	26. MES	27. AÑO			

### D.- OFICINA ADMINISTRATIVA

<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
31. ESTADO	32. MUNICIPIO	33. CIUDAD	
34. PARROQUIA			
<b>DIRECCIÓN</b>			
35. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	36. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	37. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
38. PISO/PLANTA/LOCAL	39. CÓDIGO POSTAL	40. PUNTO DE REFERENCIA	
41. N° DE TELÉFONO	42. N° DE FAX	43. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	44. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

### E.- PLANTA DE PRODUCCIÓN (SI APLICA)

<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>		
45. ESTADO	46. MUNICIPIO	47. CIUDAD



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

48. PARROQUIA			
<b>DIRECCIÓN</b>			
49. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		50. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	51. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
52. PISO/PLANTA/LOCAL	53. CÓDIGO POSTAL	54. PUNTO DE REFERENCIA	
55. N° DE TELÉFONO	56. N° DE FAX	57. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	58. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**F.- ALMACEN**

<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
59. ESTADO		60. MUNICIPIO	61. CIUDAD
62. PARROQUIA			
<b>DIRECCIÓN</b>			
63. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		64. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	65. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
66. PISO/PLANTA/LOCAL	67. CÓDIGO POSTAL	68. PUNTO DE REFERENCIA	
69. N° DE TELÉFONO	70. N° DE FAX	71. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	72. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**G.- SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)**

73. TENENCIA DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
74. ESTADO		75. MUNICIPIO	76. CIUDAD
77. PARROQUIA			
<b>DIRECCIÓN</b>			
78. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		79. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	80. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
81. PISO/PLANTA/LOCAL	82. CÓDIGO POSTAL	83. PUNTO DE REFERENCIA	
84. N° DE TELÉFONO	85. N° DE FAX	86. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	87. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**H.- OBSERVACIONES DEL PATROCINANTE ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD**

--



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

### 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**

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

88. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	89. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
90. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.06-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022

