

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

## SOLICITUD DE REGISTRO SANITARIO Y/O RENOVACION DE EMPRESA DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

		FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)	
		01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. TIPO DE SOLICITUD						
<input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO						
06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA						
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. 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. TIPO DE EMPRESA					
<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA					
18. CLASIFICACIÓN DEL (DE LOS) PRODUCTO(S) QUE COMERCIALIZA					
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ESTÉTICO <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MÉDICO-QUIRURGICO <input type="checkbox"/> MISCELANEO <input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO					
19. 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

20. TOMO		21. NÚMERO			PROTOCOLIZACIÓN		
					22. DÍA	23. MES	24. AÑO
MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL							
25. REGISTRO	26. CIRCUNSCRIPCIÓN	PROTOCOLIZACIÓN			30. TOMO	31. NÚMERO	32. MODIFICACIÓN
		27. DÍA	28. MES	29. AÑO			

### D.- OFICINA ADMINISTRATIVA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
33. ESTADO	34. MUNICIPIO	35. CIUDAD
36. PARROQUIA		
DIRECCIÓN		

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

37. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	38. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	39. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON
---	------------------------------------	---------------------------------

40. PISO/PLANTA/LOCAL	41. CÓDIGO POSTAL	42. PUNTO DE REFERENCIA	
43. N° DE TELÉFONO	44. N° DE FAX	45. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	46. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

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

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
47. ESTADO	48. MUNICIPIO		49. CIUDAD
50. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
51. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	52. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	53. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
54. PISO/PLANTA/LOCAL	55. CÓDIGO POSTAL	56. PUNTO DE REFERENCIA	
57. N° DE TELÉFONO	58. N° DE FAX	59. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	60. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**F.- ALMACEN**

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
61. ESTADO	62. MUNICIPIO		63. CIUDAD
64. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
65. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	66. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	67. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
68. PISO/PLANTA/LOCAL	69. CÓDIGO POSTAL	70. PUNTO DE REFERENCIA	
71. N° DE TELÉFONO	72. N° DE FAX	73. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	74. DIRECCIÓN DE PÁGINA WEB

**G.- SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)**

75. TENENCIA DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
76. ESTADO	77. MUNICIPIO		78. CIUDAD
79. PARROQUIA			
DIRECCIÓN			
80. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL	81. AVENIDA /CARRERA/CALLE/ESQUINA	82. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPON	
83. PISO/PLANTA/LOCAL	84. CÓDIGO POSTAL	85. PUNTO DE REFERENCIA	
86. N° DE TELÉFONO	87. N° DE FAX	88. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	89. 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)

90. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO	91. ESPECIALISTA RESPONSABLE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
92. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE	
<input type="text"/>	

F.01-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022