

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

## SOLICITUD DE CERTIFICADOS DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURAS PARA PRODUCTOS QUE NO REQUIEREN REGISTRO SANITARIO

										FECHA DE SOLICITUD <b>USO INTERNO</b>			04. N.º DE SOLICITUD <b>USO INTERNO</b>	
										01. DÍA	02. MES	03. AÑO		
05. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO														
E	M	P	-											
<b>A.- DATOS DEL PATROCINANTE DE LA EMPRESA ANTE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD</b>														
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>B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE</b>														
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														
<b>C.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE</b>														
<b>OFICINA ADMINISTRATIVA</b>														
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>														
18. ESTADO				19. MUNICIPIO					20. CIUDAD					
21. PARROQUIA														
<b>DIRECCIÓN</b>														
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					
<b>PLANTA DE PRODUCCIÓN</b>														
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>														
32. ESTADO				33. MUNICIPIO					34. CIUDAD					
35. PARROQUIA														
<b>DIRECCIÓN</b>														
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					
<b>ALMACEN</b>														
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>														
46. ESTADO				47. MUNICIPIO					48. CIUDAD					
49. PARROQUIA														

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

<b>DIRECCIÓN</b>			
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 TELÉFONO	57. N° DE FAX	58. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO	59. DIRECCIÓN DE PAGINA WEB
<b>SERVICIO TÉCNICO (SI APLICA)</b>			
60. TENENCIA DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO			
<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
61. ESTADO		62. MUNICIPIO	63. CIUDAD
64. PARROQUIA			
<b>DIRECCIÓN</b>			
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 PAGINA WEB

### 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)

75. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO										76. ESPECIALISTA RESPONSABLE
77. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE										

F.13-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022