

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

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|---------|---------|--------------------------------------|--|
| | | FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO) | | | 04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO) | |
| | | 01. DÍA | 02. MES | 03. AÑO | | |
| 05. CESE DE ACTIVIDADES COMERCIALES DE EMPRESAS | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> DEFINITIVO | | | | | | |
| 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. 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 |
| | | | | | | | |
| MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL | | | | | | | |
| 23. REGISTRO | 24. CIRCUNSCRIPCIÓN | PROTOCOLIZACIÓN | | | 28. TOMO | 29. NÚMERO | 30. MODIFICACIÓN |
| | | 25. DÍA | 26. MES | 27. AÑO | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

D.- OFICINA ADMINISTRATIVA

| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | | | | | |
|-----------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 31. ESTADO | | 32. MUNICIPIO | | 33. CIUDAD | | | |
| | | | | | | | |
| 34. PARROQUIA | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | | | | | | |
| 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)

| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | | | |
|----------------------|--|---------------|--|------------|--|
| 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 | | | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 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

| | | | |
|-----------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | |
| 59. ESTADO | | 60. MUNICIPIO | |
| 61. CIUDAD | | | |
| 62. PARROQUIA | | | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 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 | | | |
| UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | |
| 74. ESTADO | | 75. MUNICIPIO | |
| 76. CIUDAD | | | |
| 77. PARROQUIA | | | |
| DIRECCIÓN | | | |
| 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. NUMERO DE REGISTRO SANITARIO | 89. ESPECIALISTA RESPONSABLE |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 90. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA REONSABLE | |
| <input type="text"/> | |

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