

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 Profesionales 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 Profesionales 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