

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. DIA	02. MES	03. AÑO										
05. TIPO DE SOLICITUD					06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA									
<input type="checkbox"/> REGISTRO SANITARIO <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO														
<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. 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			
<b>MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL</b>							
25. REGISTRO	26. CIRCUNSCRIPCIÓN	PROTOCOLIZACIÓN			30. TOMO	31. NÚMERO	32. MODIFICACIÓN
		27. DIA	28. MES	29. AÑO			

### D.- OFICINA ADMINISTRATIVA

<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>		
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	

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

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

--

### 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										
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
92. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE											

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