

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 <span style="float: right;">06. NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO DE EMPRESA</span>													
<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DEL REGISTRO SANITARIO <table border="1" style="float: right; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>E</td><td>M</td><td>P</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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
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 de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud  
División de Inspecciones y Tecnovigilancia

DIRECCIÓN					
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**

--

**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><td> </td><td> </td></tr></table>													
92. OBSERVACIONES DEL ESPECIALISTA RESPONSABLE													

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