

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

## SOLICITUD DE CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL DE EMPRESAS FABRICANTES NACIONALES, IMPORTADORAS, DISTRIBUIDORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIO TÉCNICO PARA MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

FECHA DE SOLICITUD (USO INTERNO)			04. N° DE SOLICITUD (USO INTERNO)											
01. DÍA	02. MES	03. AÑO												
05. 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

06. APELLIDOS			07. NOMBRES			08. N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		
						<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E -		
09. MATRICULA DEL M. P. P. S.			10. PROFESIÓN					
11. N° DE TELÉFONO			12. N° DE TELÉFONO MÓVIL			13. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

### B.- DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

14. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ANTERIOR			15. N° DE RIF		
16. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA ACTUAL					
17. TIPO DE EMPRESA					
<input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA					

### C.- REGISTRO MERCANTIL

18. TOMO		19. NÚMERO			PROTOCOLIZACIÓN		
					20. DÍA	21. MES	22. AÑO
<b>MODIFICACIONES REALIZADAS AL REGISTRO MERCANTIL</b>							
23. REGISTRO	24. CIRCUNSCRIPCIÓN	PROTOCOLIZACIÓN			28. TOMO	29. NÚMERO	30. MODIFICACIÓN
		25. DÍA	26. MES	27. AÑO			

### D- OFICINA ADMINISTRATIVA

<b>UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>							
31. ESTADO		32. MUNICIPIO			33. CIUDAD		
34. PARROQUIA							
<b>DIRECCIÓN</b>							
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	

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

**E.- PLANTA DE PRODUCCIÓN (SI APLICA)**

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			
45. ESTADO	46. MUNICIPIO	47. CIUDAD	
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	

F.04-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022