

Clave SIFA: \_\_\_\_\_

Clave SIMA: \_\_\_\_\_

Nombre Corto SIMA: \_\_\_\_\_

Empresa que registra la muestra: \_\_\_\_\_

Cédula Jurídica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Contacto: \_\_\_\_\_ Correo Contacto: \_\_\_\_\_

Vigencia del permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud: \_\_\_\_\_

Actividad Registrada: \_\_\_\_\_

**Información de la Muestra**

Fabricante: \_\_\_\_\_

Marca: \_\_\_\_\_

Pais de Origen: \_\_\_\_\_

Nº de Código / Nº de referencia / Nº Modelo: \_\_\_\_\_

Datos Certificado Registro EMB:

Nº de Registro: \_\_\_\_\_

Responsable Sanitario: \_\_\_\_\_

Distribuidor autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha de autorización: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Cantidad de muestras presentadas: \_\_\_\_\_

**Documentación Adjunta**☐ Permiso de funcionamiento del ministerio de Salud☐ Certificado Registro EMB☐ Literatura☐ Otros: \_\_\_\_\_☐ Otros: \_\_\_\_\_**Espacio para uso del CEDINS**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Representante del INS: \_\_\_\_\_

Representante Empresa: \_\_\_\_\_

Número de muestra: \_\_\_\_\_

Versionamiento: \_\_\_\_\_

Nota:

Se verifica que coincida la información registrada en el presente documento en base a la muestra presentada.

Nº de Consecutivo: \_\_\_\_\_