



FORMULARIO DE POSTULACIÓN
 REGISTRO DE FABRICANTES E IMPORTADORES (RFI) DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
 CODIGOS 5251022 Y 5251023

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE
 Sección Gestión de Productos y Servicios
04 MAR 2024
 De uso interno ISP
 Ref. N°: 2099/24

1. IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE

| | |
|------------------------|--|
| Nombre o Razón Social: | Comercializadora de Artículos de Protección y Seguridad Industrial Manquehue Ltda. |
| Nombre fantasía | APRO |
| RUT: | 86.887.200-4 |
| Dirección: | Av. Américo Vespucio Norte 0401, Quilicura |
| Ciudad: | Santiago |

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROPIETARIO O (LOS) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES)

| | |
|-----------------------|--|
| Nombre: | Jaime Patricio Yolito Balart |
| RUT: | 8.113.930-k |
| Dirección: | Av. Américo Vespucio Norte 0401, Quilicura |
| Teléfono de contacto: | 225447600 |
| Email | patricio.yolito@apro.cl |

| | |
|-----------------------|---|
| Nombre: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| RUT: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Dirección: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Teléfono de contacto: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Email | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

3. IDENTIFICACIÓN DE RESPONSABLE TÉCNICO DE LA POSTULACIÓN ANTE EL ISP

| | |
|-----------------------|---|
| Nombre: | Carlos Martínez Núñez |
| RUT: | 13.542.134-0 |
| Dirección: | Av. Américo Vespucio Norte 0401, Quilicura |
| Teléfono de contacto: | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| Email: | carlos.martinez@apro.cl |

4. TIPO DE POSTULACIÓN

| | |
|---|--|
| a) Seleccione un tipo de postulación: | Postulación <input checked="" type="checkbox"/> Reingreso de Postulación <input type="checkbox"/> |
| b) Si usted seleccionó la opción "Reingreso de Postulación", indique a continuación el Número de Referencia otorgado por el ISP cuando postuló al RFI al amparo de la Res. Exenta N° 2618/20, y fecha | Ref. N° Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Fecha Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |

¿Se da autorización expresa para ser notificado a través del correo electrónico del responsable Técnico?
 SI NO

Los firmantes solicitan al ISP ser evaluados según la Resolución Exenta N° 45, del 06 de enero de 2023, que aprueba las bases técnicas que regulan la postulación al Registro de Fabricantes e Importadores de Elementos de Protección Personal (RFI), declarando tener conocimiento de los requisitos explicitados en éstas y comprometiéndose a respetar en todo momento el procedimiento de postulación del producto al Registro.

Fecha:

(Handwritten signatures and stamps)
 APRO
 Patricio Yolito Balart
 Nombre(s) y firma(s)
 Representante(s) Legal(es)

Carlos Martínez Núñez
 Nombre y firma
 Responsable Técnico

5. EVALUACIÓN LEGAL

Marque con la opción que corresponda:

| | | |
|--|-----------------------------|---|
| 4.1 ¿La empresa ha postulado con anterioridad al RFI? | | Ante dudas sobre su estatus de aprobación legal, puede escribir al correo: postulacionesRFI@ispch.cl |
| Sí <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 4.2 En caso de respuesta afirmativa ¿La empresa fue aprobada legalmente por el ISP? | | |
| Sí <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

6. INFORMACIÓN DEL PRODUCTO POSTULADO AL RFI

Complete **TODOS** los campos a continuación:

| Información del producto postulado | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| Tipo de EPP | Marca | Modelo | Normativa |
| Protección ocular: Anteojos contra impactos | Aviator | Sky 7000 - Gray | ANSI/ISEA Z87.1-2020 |
| Organismo de Certificación del producto postulado | | | |
| Nombre: | SEI Safety Equipment Institute | | |
| Email: | info@SEI.net.org | | |
| Dirección: | 100 Barr Harbor Drive, PO Box C700, West Conshohocken, PA 19428 | | |
| Ciudad: | Pensilvania | | |
| País: | Estados Unidos | | |
| Origen del producto postulado | | | |
| - Producto fabricado en Chile <input type="checkbox"/> | | - Producto importado a Chile <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Lugar de Fabricación del producto postulado (completar sólo en caso de ser importado) | | | |
| Nombre empresa fabricante: | [REDACTED] | | |
| Email: | [REDACTED] | | |
| Dirección: | [REDACTED] | | |
| Ciudad: | [REDACTED] | | |
| País: | [REDACTED] | | |
| En caso de importación, informar a continuación, los intervinientes participantes en la obtención y distribución del producto, partiendo desde el postulante hasta el fabricante y el titular de la certificación. En caso contrario señalar "No aplica" al final de esta tabla: [REDACTED] | | | |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | |
| | | | No aplica <input type="checkbox"/> |