

Contralorías Sanitarias Estadales
División de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud

PS

Nº Solicitud: _____

Fecha: _____

SOLICITUD DE PERMISOS SANITARIOS PARA EMPRESAS COMERCIALIZADORAS AL DETAL DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Salud, la Providencia Administrativa Nº 188-2015 del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) y demás disposiciones sanitarias vigente, se presenta a continuación los requisitos para trámites ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria del estado: _____.

Razón Social: _____
Rif: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
e-mail: _____

Nº REGISTRO SANITARIO
EMP: _____
Representante: _____
Nº Cédula Representante: _____
Propietario: _____
Nº Cédula Propietario: _____

TIPO DE TRÁMITE: Marcar con una X la solicitud a tramitar.

1. Inspección Sanitaria de Empresas Importadoras, Distribuidoras, Comercializadoras y Prestadoras de Servicio Técnico de Materiales y Equipos de Salud: ___
2. Registro Sanitario de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___
3. Renovación de Registro Sanitario de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___
4. Cambio de Dirección de la Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___
5. Cambio de Razón Social de Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___
6. Cambio de Objeto de la Empresa Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___

7. Notificación de Destrucción de los Materiales y Equipos de Salud Deteriorados o Vencido para Empresas Comercializadoras al Detal: ___
8. Inclusión del Patrocinante Profesional de la Salud Autorizado por la Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___
9. Exclusión del Patrocinante Profesional de la Salud Autorizado por la Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___
10. Cese de Actividades de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___
11. Anulación y Corrección de Oficio de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud: ___

NOTA: LOS REQUISITOS SOMBRADOS SON LOS QUE SE REQUIERE PARA SOLICITAR EL TRÁMITE

REQUISITOS DE MATERIALES Y EQUIPOS DE SALUD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Documento Legal donde se verifique la Razón Social y el Objeto de la Empresa											
Poder Notariado Otorgado por el Propietario de la Empresa Patrocinante											
Registro Sanitario de Empresa Vigente											
Registro Sanitario de Empresa Vencido											
Constancia de Pago de Tarifas al SACS											
Declaración Jurada											
Oficio Original que será anulado o corregido											
Inventario de Materiales y Equipos de Salud a destruir con sus respectivos PMP											

DATOS PAGO TARIFA

BANCO	Nº BAUCHER O TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	MONTO (Bs.)

Firma Solicitante

PARA USO EXCLUSIVO DEL SACS

RECIBIDO POR:	SELLO SACS
FECHA:	

Contralorías Sanitarias Estadales
División de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud

DECLARACIÓN JURADA

Yo _____ titular de la Cédula de Identidad N° _____ actuando en mi carácter de Representante de la empresa _____ y solicitante del trámite N° _____ solicitud N° _____ ante el SACS, declaro bajo juramento que reconozco, acepto y cumpla con todas las normas sanitarias de competen al tipo de trámite que estoy solicitando al SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA, así mismo doy fe de que el contenido total de la información suministrada, así como los documentos respectivos, son absolutamente cierto y veraz. A la vez manifiesto que poseo todos los requisitos necesarios para solicitar este trámite y prestare toda colaboración y facilitaré los recaudos que requiera el SACS al momento de realizar la inspección pertinente.

PULGAR DERECHO	PULGAR IZQUIERDO

Firma Representante

PARA USO EXCLUSIVO DEL SACS

RECIBIDO POR:	SELLO SACS
FECHA:	

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