

## Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud

### División de Inspecciones y Tecnovigilancia

### Recaudos para el Registro Sanitario y/o Renovación de Empresas de Materiales y Equipos de Salud

El Solicitante deberá presentar la Solicitud en físico con el resto de los Recaudos indicados, y realizar su entrega en la Taquilla Única del SACS ubicada en la sede central.

DOCUMENTOS GENERALES		VERIFICADO
1	Formulario de Solicitud de Registro Sanitario y/o Renovación de Empresas de Materiales y Equipos de Salud, emitido por el SACS. Llenado solamente de forma digital, no se aceptará su recepción en caso de ser llenado manualmente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Constancia de Registro Sanitario vencido de la empresa tramitarte, expedida por la Dirección.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Documento Legal donde se constate la razón social de la empresa y el objeto.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Poder notariado de la empresa tramitarte, otorgado al Patrocinante Autorizado ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Listado de los productos a comercializar, con Membrete de la Empresa Sellado y Firmado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Plano Interno de las áreas debidamente acotados e identificado. Elaborado por un Proyectista Firmado y Sellado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Original del Acta de Inspección emitida por la Coordinación del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria Estatal, acompañada del oficio de aprobación. <b>(Solo para Empresas Importadoras, Distribuidoras y Prestadora de Servicio Técnico). Con previa autorización de Nivel Central.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EN CASO DE EMPRESA FABRICANTE		VERIFICADO
8	Listados de los Materiales y Equipos que Manufactura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Memoria descriptiva indicando las características físicas del local (pisos, techos, paredes e iluminación) incluyendo ventilación y extracción entre otros.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	Comprobante del Depósito Bancario. Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas Nivel Central</b> . Asimismo, los Pagos deben realizarse a <b>Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria</b> , de acuerdo a lo indicado en el link <b>"Para Cancelar Tarifas y Multas" / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas</b> , publicada en la Página WEB del SACS.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONDICIONES DE LOS RECAUDOS A REMITIR		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Digitalice el formulario en formato PDF una vez que haya completados los ítems.</li> <li>2. Digitalice cada uno de los recaudos en archivos separados, ordenados según la secuencia numérica indicada en la hoja de requisitos.</li> <li>3. El CD debe estar identificado, con el nombre de la empresa y la solicitud que corresponda al trámite a realizar.</li> <li>4. Consignar en físico el formulario.</li> <li>5. Colocar en una carpeta marrón tamaño oficio el formulario original impreso, el CD con toda la información antes señaladas en formato PDF.</li> <li>6. Presente el original y anexe dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario.</li> <li>7. En caso de evidenciarse recaudos faltantes y discrepancias entre la información señalada en los documentos digitalizados anexos al CD la solicitud será devuelta.</li> <li>8. Identificar la carpeta marrón con los datos de la empresa (Nombre, Rif, Dirección, Logo, Membrete)</li> </ol>		

TAQUILLA UNICA DEL SACS	DIVISION	DIRECCION
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

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