

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

### División de Materiales y Equipos de Salud

#### Recaudos para la Exclusión de Presentación(es) Comercial(es) 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 Exclusión de Presentación(es) Comercial(es) 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Comunicación emitida por patrocinante de la Empresa con su respectiva exposición de motivo, por el cual se excluirá la presentación comercial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Registro Sanitario vigente del producto expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Registro Sanitario vigente de la Empresa titular del producto expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Poder Notariado otorgado por la Empresa tramitante al Patrocinante autorizado ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud, en caso de haberse realizado cambio o inclusión de Patrocinante debe consignar oficio de respuesta otorgado por esta Dirección.                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Estuche primario y / o secundario del producto correspondiente a la presentación comercial que se excluirá.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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. Consignar Imagen del Producto a color, la cual debe estar en una hoja Membretada, Indicando: Nombre y Rif de la Empresa. Adicionalmente colocar el Nombre del producto y el Sello de la Empresa. La Imagen debe colocarse al inicio de la carpeta.</li> <li>6. Colocar en una carpeta marrón tamaño oficio el formulario original impreso, el CD con toda la información antes señaladas en formato PDF.</li> <li>7. Presente el original y anexe dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario.</li> <li>8. Este trámite deberá ser realizado por cada uno de los Productos Registrados.</li> <li>9. 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>10. 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.21-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022