

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

División de Materiales y Equipos de Salud

Recaudos para la Inclusión de Empresa Importadora y/o Distribuidora 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 Inclusión de Empresa Importadora y/o Distribuidor 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	Registro Sanitario vigente de la empresa titular del Registro Sanitario del producto, expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Registro Sanitario vigente de la empresa que se está incluyendo como importador, expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Registro Sanitario vigente del producto, expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Poder del Patrocinante de la empresa que se va a incluir.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Poder para importar y distribuir en Venezuela, emitido por el propietario del producto y otorgado a la empresa que se está incluyendo como importador, traducido al castellano por intérprete público y legalizado en el país de origen	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Consignar los modelos definitivos de etiquetas de identificación ajustados a la Providencia Administrativa N.º 1905.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Estuche Primario y Secundario del Producto.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Etiqueta Autoadhesiva o Sticker.	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 Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas Nivel Central . Asimismo, los Pagos deben realizarse a Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria , de acuerdo a lo indicado en el link “Para Cancelar Tarifas y Multas” / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas , publicada en la Página WEB del SACS.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

CONDICIONES DE LOS RECAUDOS A REMITIR

1. Digitalice el formulario en formato PDF una vez que haya completados los ítems.
2. Digitalice cada uno de los recaudos en archivos separados, ordenados según la secuencia numérica indicada en la hoja de requisitos.
3. El CD debe estar identificado, con el nombre de la empresa y la solicitud que corresponda al trámite a realizar.
4. Consignar en físico el Formulario.
5. Colocar en una carpeta marrón tamaño oficio el formulario original impreso, el CD con toda la información antes señaladas en formato PDF.
6. Presente el original y anexe dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario.
7. Este trámite deberá ser realizado por cada uno de los Productos Registrados.
8. En caso de evidenciarse recaudos faltantes y discrepancias entre la información señalada en los documentos digitalizados anexos al CD la solicitud será devuelta.

TAQUILLA UNICA DEL SACS RECIBIDO POR	DIVISIÒN VERIFICADO POR	DIRECCIÒN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.22-MEEPS-MES-OPP-JULIO 2022

