

Contralorías Sanitarias Estadales
División de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
Grupo de Materiales y Equipos de Salud
Recaudos para los Trámites Administrativos Procesados de Forma Manual

Nota: El Solicitante deberá presentar los recaudos en físico en la Sede de la Contraloría Estatal correspondiente.

N°	Denominación del Trámite	Recaudos	Verificado
1	Solicitud de Inspección Sanitaria de Empresas Importadoras, Distribuidoras, Comercializadoras y Prestadoras de Servicio Técnico de Materiales y Equipos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 - F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Solicitud de Registro Sanitario de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento Legal donde se verifique la Razón Social y el Objeto de la Empresa ✓ Poder Notariado Otorgado por el Propietario de la Empresa Patrocinante ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Solicitud de Renovación de Registro Sanitario de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poder Notariado Otorgado por el Propietario de la Empresa Patrocinante ✓ Registro Sanitario de Empresa Vencido ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada - F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Solicitud por Cambio de Dirección de la Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada - F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Solicitud por Cambio de Razón Social de Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada - F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Solicitud de Cambio de Objeto de la Empresa Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Solicitud de Notificación de Destrucción de los Materiales y Equipos Deteriorados o Vencidos de Uso en los Niveles de Salud para Empresas Comercializadoras al Detal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poder Notariado Otorgado por el Propietario de la Empresa Patrocinante ✓ Registro Sanitario de Empresa Vigente ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 ✓ Inventario de Materiales y Equipos de Salud a destruir con sus respectivos PMP 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



N°	Denominación del Trámite	Recaudos	Verificado
8	Solicitud de Inclusión del Patrocinante Profesional de la Salud Autorizado por la Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poder Notariado Otorgado por el Propietario de la Empresa Patrocinante ✓ Registro Sanitario de Empresa Vigente ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Solicitud de Exclusión del Patrocinante Profesional de la Salud Autorizado por la Empresa Comercializadora al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro Sanitario de Empresa Vigente ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS ✓ Declaración Jurada - F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	Solicitud de Cese de Actividades de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 - F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11	Solicitud de Anulación y Corrección de Oficio de Empresas Comercializadoras al Detal de Materiales y Equipos de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poder Notariado Otorgado por el Propietario de la Empresa Patrocinante ✓ Registro Sanitario de Empresa Vigente ✓ Constancia de Pago de Tarifas al SACS (*) ✓ Declaración Jurada - F.01.CSE-MEE-OPP-JULIO 2022 ✓ Oficio Original que será anulado o corregido 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12	Constancias y Copias Certificadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda realizando la solicitud. ✓ Copia del Documento a certificar legible ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13	Anulación y Corrección de Oficios por errores atribuibles al Administrado.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda realizando la solicitud. ✓ Original del Documento a corregir. ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14	Inspecciones Solicitadas por el Administrado aparte del Trámite requerido.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda realizando la solicitud. ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nota: (*) Depósito o Transferencia. Verifique el monto a cancelar en la Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas de Nivel Estatal. 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.

CONTRALORIA SANITARIA ESTADAL		
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.02-CSE-MEE-OPP-JULIO 2022



Contralorías Sanitarias Estadales
División de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud
Grupo de Establecimientos de Salud
Recaudos para los Trámites Administrativos Procesados de Forma Manual

Nota: El Solicitante deberá presentar los recaudos en físico en la Sede de la Contraloría Estatal correspondiente.

N°	Denominación del Trámite	Recaudos	Verificado
1	Sesión de Revisión de Proyectos.	✓ Documentos requeridos para revisión. ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos relacionados con la Salud: Técnicas Médicas Auxiliares y Estética Humana, Consultorios Médicos, Funerarias, Laboratorios Clínicos, Residencias Para Adultos Mayores, Banco de Sangre, Hemodiálisis, Establecimientos Psiquiátricos Larga Estancia, Servicios Oncológicos.	✓ Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda realizando la solicitud. ✓ Documentos requeridos para revisión. Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nota: (*) Depósito o Transferencia. Verifique el monto a cancelar en la Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas de Nivel Estatal. 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.

CONTRALORIA SANITARIA ESTADAL		
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.02-CSE-MEE-OPP-JULIO 2022

