

## Contralorías Sanitarias Estadales

### División de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud

#### Recaudos para el Trámite del Permiso Sanitario de Funcionamiento para Establecimientos de Medico Asistencia

- a) **Notas:** En caso de ser usuario nuevo, antes de realizar la solicitud debe Registrarse mediante el Sistema Automatizado de (SIACVISA).
- b) Una vez que ya este registrado en el Sistema de Información Automatizado de Contraloría Sanitaria (SIACVISA) para generar la planilla de solicitud emitida por este sistema.
- c) Toda la documentación deberá ser consignada en Taquilla Única del SACS, ubicada en cada sede Estatal, en forma impresa y ser entregada en sobre o carpeta.

N°	Recaudo	Descripción	Verificado
1	Planilla de la Solicitud emitida por el Sistema SIACVISA.	Descargue la planilla generada por este Sistema y debe traer a Taquilla Única, junto con los recaudos.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Rif de la Empresa / Firma Personal/ Rif Personal	Documento Legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Registro Mercantil	Documento Legible/ o Libre Ejercicio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Contrato de Arrendamiento o Título de Propiedad	Documento Legible/ Aplica también comodatos o cualquier otra figura que evidencie la tenencia del local.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Plano arquitectónico	Un (1) juego de planos con la escala 1.50 identificando el área del local con ambiente, mobiliario y equipos.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Censo Nacional de Establecimientos de Salud y Similares	Documento Legible	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Registro de Profesionales de salud por ante el servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria	Documentos Legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Contrato de desechos patológicos	Centro Médico Odontológicos, Atención Primaria en Salud, Centro de Especialidades Médicas, Centro de Vacunación Públicos y Privados.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Contar con ambiente de recolección	Primaria de desechos patológicos./Evaluación higiénico sanitaria ajustada al ordenamiento legal vigente en cada una de las categorías de este programa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	Comprobante de Pago/). Por cada Trámite Realizado. <b>(Imagen en Formato PDF</b>	Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Inocuidad de Alimentos y Bebidas</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"</b> / <b>Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas</b> , publicada en la Página WEB del SACS.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

TAQUILLA UNICA DEL SACS RECIBIDO POR	DIVISIÓN VERIFICADO POR	DIRECCIÓN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.03-MEEPS-CE-OPP-FEBREO 2024