



**Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos de Salud**  
**División de Inspecciones y Tecnovigilancia**

**Recaudos para la Solicitud de Exclusión de Patrocinante de la Empresa Fabricante, Importadora, Distribuidora y Prestadora de Servicio Técnico 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.

| <b>DOCUMENTOS GENERALES</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>VERIFICADO</b>                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                           | Formulario de Solicitud Exclusión del Patrocinante de la Empresa Fabricante, Importadora, Distribuidora y Prestadora de Servicio Técnico 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 realizada por el patrocinante de la empresa notificando la Renuncia al Patrocinio de la misma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3                           | Notificación realizada por el patrocinante a la empresa indicando su Renuncia (debidamente firmada y sella)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |
| 4                           | Registro Sanitario vigente de la Empresa expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5                           | 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</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"/> |

**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. En caso de evidenciarse recaudos faltantes y discrepancias entre la información señalada en los documentos digitalizados anexos al CD la solicitud será devuelta.



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



Ministerio del Poder Popular para la

# SALUD

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

# sacs

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

FO.10-MEEPS-ITV-OPP-JULIO 2022



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.

