

**Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos de Salud**  
**División Inspecciones y Tecnovigilancia**  
**Recaudos para la Inclusión de Almacén para Empresas Fabricantes Nacionales,**  
**Importadoras, Distribuidoras y Prestadoras 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.

| DOCUMENTOS GENERALES   |  | VERIFICADO  |
|--|--|---|
| 1  | Formulario de Solicitud de Inclusión de Almacén para Empresas Fabricantes Nacionales, Importadoras, Distribuidoras y Prestadoras 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  | Registro Sanitario vigente de la Empresa Almacenadora.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3  | Registro Sanitario vigente de la Empresa que va a solicitar los servicios de Almacenamiento.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4  | Comunicación del Patrocinante solicitando la Inspección 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  | Plano Interno de las áreas debidamente acotados e identificados.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7  | Contrato de arrendamiento.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 8  | 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"/> |
| <b>CONDICIONES DE LOS RECAUDOS A REMITIR</b>   |  |   |
| <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. Colocar en una carpeta marrón tamaño oficio el formulario original impreso, el CD con toda la información antes señaladas en formato PDF.</li> <li>6. Presente el original y anexe dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario.</li> <li>7. En caso de evidenciarse recaudos faltantes y discrepancias entre la información señalada en los documentos digitalizados anexos al CD la solicitud será devuelta.</li> </ol> |  |   |



@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.



| TAQUILLA UNICA DEL SACS<br>RECIBIDO POR       | DIVISIÒN<br>VERIFICADO POR                    | DIRECCIÒN<br>AUTORIZADO POR                   |
|---|---|---|
| Nombre: _____<br>Cargo: _____<br>Fecha: _____ | Nombre: _____<br>Cargo: _____<br>Fecha: _____ | Nombre: _____<br>Cargo: _____<br>Fecha: _____ |

FO.14-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.

