



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

**Recaudos para la Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos en Fase de Construcción de Establecimientos de Salud Médico Asistenciales Ambulatorios u Hospitalarios con Cirugía**

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.

**PLANILLA CAP-2**

Recaudo	Condiciones de los Recaudos a Consignar	Tipo de Establecimiento		Verificado
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	
1. Formulario de Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos para Establecimientos de Salud.	Una (1) copia legible del formulario con la información requerida, firmada por el director médico y/o propietario.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Nombramiento del director médico Notariado.	Una (1) copia del documento, este documento acredita al director médico como responsable del establecimiento.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Memoria Medico Funcional.	Una (1) original de acuerdo al formato, firmado por el director médico y/o propietario.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Memoria Descriptiva Arquitectónica.	Una (1) original de acuerdo al formato, firmado por Arquitecto encargado del proyecto.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Planos.	Un (1) juego de planos con la escala 1.50 o 1.100, se sugiere que la escala de los planos de mobiliarios y equipos, acotados será de 1.50 y el resto podrá ser en escala de 1.100, previamente identificados y firmados por el arquitecto. 1) planta de mobiliarios y equipos por piso: se expresa todo tipo de equipamiento con la identificación de cada uno de los ambientes. 2) planta acotada por piso: proporcionara toda la información necesaria en cuanto a medidas y áreas del establecimiento. 3) Cortes. 4) Fachadas. 5) Planos de ubicación y conjunto, es la ubicación del establecimiento con relación al grupo vecinal o lo que rodea al establecimiento en cuanto a la ubicación física se refiere.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



@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.





Recaudo	Condiciones de los Recaudos a Consignar	Tipo de Establecimiento		Verificado
		AMBULATORIO	HOSPITALARIO	
6. Comprobante del Depósito Bancario / A Posterior.	Una original y dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario realizado solo cuando se soliciten los 3 juegos de planos para la aprobación. 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"/>
7. Documentación Digitalizada en un CD	Digitalice TODOS los recaudos en formato PDF exigidos de la solicitud en un CD, identificado con el nombre del establecimiento y el nombre de la solicitud que corresponda al trámite que realiza.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Permiso de Construcción	Una (1) fotocopia legible, otorgado por Ingeniería Municipal (solo digital)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



@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.





**OBSERVACIONES (SOLO PARA USO INTERNO)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



@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.*





### CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

1. Es responsabilidad del Representante, garantizar que la información esté debidamente revisada, seleccionada y es suficiente para dar respuesta al requisito exigido, en caso de que se evidencie que la información no cumpla con lo señalado y/o se trate de documentación que, en lugar de clarificar, complique la solicitud, la misma será devuelta.
2. La solicitud deberá ser presentada en una carpeta Tipo Oslo, la información suministrada en los **CD** deberán estar ordenada según la lista de Recaudos que corresponda, separadas e identificadas clara y correctamente. Asimismo, la carpeta deberá ser identificada en su exterior con el nombre del establecimiento, tipo de establecimiento, trámite, dirección, ciudad y estado (VER ANEXOS C y D)
3. Los planos deberán estar debidamente doblados.  
Los planos NO deben estar incorporados a los ganchos como la otra documentación, ya que los mismos no pueden tener ningún tipo de aberturas (los planos deberán estar almacenados en fundas transparentes, las cuales deberán estar incorporados a la carpeta).
4. EL TRÁMITE DEBE SER REALIZADO ÚNICAMENTE POR EL PROPIETARIO.

### PRESENTAR LOS ORIGINALES PARA COTEJAR CON LAS COPIAS

UNA VEZ APROBADA SU SOLICITUD DE CONFORMIDAD Y APROBACIÓN DE PROYECTO, Y HABER CUMPLIDO CON LO ESTABLECIDO EN LA CARTA DE CONFORMIDAD Y APROBACIÓN DE PROYECTOS, DEBERÁ REALIZAR EL TRÁMITE DE PERMISO SANITARIO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DE FORMA AUTOMÁTICA MEDIANTE EL SISTEMA AUTOMATIZADO DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA (SIACVISA) UBICADO EN LA PÁGINA WEB DEL SACS / SISTEMAS EN LINEA.



@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.





## INFORMACION GENERAL

Todos aquellos Establecimientos de Salud que se encuentren en las categorías de Asistencial Hospitalario y Ambulatorio con cirugía, le corresponde los siguientes trámites, el mismo es otorgado por el Nivel Central:

1. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos **NUEVOS en Funcionamiento**: Son aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento y no se han registrado ante la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, el cual le corresponde planilla **CAP-1**.
2. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos **NUEVOS en Fase de Proyecto o Construcción**: Son aquellos establecimientos que se encuentren en construcción, o en proyecto y no se han registrado ante la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría de sanitaria. el cual le corresponde planilla **CAP-2**.
3. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos **en Fase de Remodelación**: Son aquellos establecimientos que su proyecto ha sido aprobado por el la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, y se encuentran en fase de remodelación, el cual le corresponde planilla **CAP-3**.
4. Solicitud de Conformidad y Aprobación de Proyectos de Establecimientos **en Fase de Ampliación**: Son aquellos establecimientos que su proyecto ha sido aprobado por el la División de Establecimientos en el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, y se encuentran en fase de ampliación, el cual le corresponde planilla **CAP-4**

TAQUILLA UNICA DEL SACS RECIBIDO POR	DIVISIÓN VERIFICADO POR	DIRECCIÓN AUTORIZADO POR
Nombre: <hr/> Cargo: <hr/> Fecha: <hr/>	Nombre: _____  Cargo: _____  Fecha: _____	Nombre: _____  Cargo: _____  Fecha: _____

FO.02-MEEPS-ES-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.

