

Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas

División de Edificaciones, Equipos y Envases

Recaudos para Registro Sanitario de Equipos para Tratamiento de Agua a Nivel Doméstico

Notas:

- a) Toda la documentación debe ser escaneada en formato PDF y grabada en CD.
- b) Esta información debe ser consignada en la Taquilla Única del SACS, ubicada en la sede central.

Nº	Recaudo	Descripción	Verificado
1	Formulario Solicitud de Registro Sanitario, opción “Registro Sanitario de Equipos para Tratamiento de Agua a Nivel Doméstico”. (Imagen en Formato PDF).	Descargue y llene el Formulario emitido por el SACS, el cual se encuentra ubicado en la Página WEB del SACS / Pestaña DIRECCIONES / Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas / Formularios – Planillas, coloque firma del Representante Legal de la Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Descripción Detallada del Equipo. (Imagen en Formato PDF).	Detalle los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Componentes del equipo, naturaleza del material filtrante o del agente que permite la purificación del agua, porosidad del material, capacidad de filtración y demás propiedades del elemento filtrante. 2.2. Sistema de funcionamiento del equipo. 2.3. Mecanismo de acción para la eliminación de microorganismo y demás impurezas del agua. 2.4. Mantenimiento del equipo filtrante, purificador o acondicionador de agua, frecuencia de cambio del elemento filtrante o método de limpieza del mismo. Estas instrucciones deberán señalarse claramente en el catálogo de venta del equipo. 2.5. Cualquier información adicional que permita un mejor conocimiento del equipo propuesto; en lo posible acompañada de la bibliografía correspondiente. 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Catálogo de Presentación del Equipo en idioma castellano. (Imagen en Formato PDF).	Indique las especificaciones técnicas y demás información de utilidad para el consumidor. La propaganda que aparezca en el catálogo ó sea difundida a través de los medios de comunicación deberá ajustarse estrictamente a las cualidades técnicamente comprobables en el equipo y la misma se presentara ante esta dependencia para emitir opinión al respecto.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Resultados de Análisis Vigentes Realizados en un Laboratorio Autorizado. (Imagen de los resultados originales en Formato PDF).	Anexe los resultados de análisis físico-químicos, microbiológicos o de otras pruebas demostrativas de la capacidad de purificación del equipo.	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.





Nº	Recaudo	Descripción	Verificado
5	Certificación del País de Origen. (Imagen del documento original en Formato PDF).	Para Equipos de Procedencia Extranjera presente la Certificación expedida por la Autoridad Competente del País de Origen, en donde se haga constar que el equipo ha sido aprobado para el uso propuesto. Este documento deberá ser autenticado por las autoridades competentes y traducido en idioma castellano.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Carta Poder entre el Fabricante y el Importador. (Imagen del documento original en Formato PDF).	Presente este documento, en el caso de Productos Importados.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Comprobante de Pago. (Imagen en Formato PDF). Por cada trámite realizado	Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Inocuidad de Alimentos y Bebidas . 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.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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

FO.06-IAB-EEE-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.