

## Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimiento de Salud

## División de Materiales y Equipos de Salud

## Recaudos para el Cambio de Empresa Fabricante de Materiales y Equipos de Salud Nacionales o Importados

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 Cambio de Empresa Fabricante de Materiales y Equipos de Salud. 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 emitida por el Patrocinante de la empresa notificando el cambio de Fabricante del Material y/o Equipo de Salud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Comunicación emitida por el Propietario del producto indicando el cambio de Fabricante. Legalizado y traducido al castellano por intérprete público (Si Aplica).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Registro Sanitario vigente de la Empresa titular del Material y/o Equipo de salud, expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Registro Sanitario vigente de la Empresa Fabricante Nacional del Material y/o Equipo de Salud, expedida por la Dirección General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Buenas Prácticas de Manufactura traducidas al castellano ( <b>Si Aplica</b> ).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	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"/>
8	Estuche primario y / o secundario del material o Equipo de salud actualizado, donde se visualice el cambio de fabricante con su respectivo Sticker.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Certificado de Análisis o Evaluación emitido por un ente Nacional Autorizado por esta Dirección.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	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. Consignar Imagen del producto a color, cual debe estar en una hoja Membretada, Indicando: Nombre y Rif de la Empresa. Adicionalmente colocar el Nombre del producto y Sello de la Empresa. La Imagen debe Colocarse al Inicio de la Carpeta.
6. Colocar en una carpeta marrón tamaño oficio el formulario original impreso, el CD con toda la información antes señaladas en formato PDF.
7. Presente el original y anexe dos (2) copias legibles del comprobante del depósito bancario.
8. En caso de evidenciarse recaudos faltantes y discrepancias entre la información señalada en los documentos digitalizados anexos al CD la solicitud será devuelta.
9. Identificar la carpeta marrón con los datos de la empresa (Nombre, Rif, Dirección, Logo, Membrete).

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

FO.10-MEEPS-MES-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.