

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**

**División de Importación y Exportación**

**Recaudos de Permiso para la Importación de Materia Prima para la Fabricación de Productos Farmacéuticos, Productos Naturales y/o Cosméticos**

**Notas:**

- a) El Solicitante deberá presentar la Solicitud en físico con el resto de los Recaudos, organizados de la manera que se presenta a continuación, en carpeta marrón debidamente identificada y realizar su entrega en la Taquilla Única del SACS ubicada en la sede central.
- b) (\*) La verificación de la recepción del documento por parte de la División, no implica aprobación.

N°	Recaudo	Descripción	Verificado (*)
1	Solicitud de Permiso de Importación de Materia Prima para la Fabricación de Productos Farmacéuticos, Productos Naturales y/o Cosméticos.	Carta u Oficio dirigida al Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) emitida por el Representante Legal de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Inscripción en el SACS, Dirección, Teléfono y Fecha de la Solicitud). Indique en la Solicitud los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de la Empresa Importadora Autorizada por el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.</li> <li>✓ Número de RIF de la Empresa Solicitante.</li> <li>✓ Nombre de la Materia Prima o Sustancia.</li> <li>✓ Cantidad a Importar.</li> <li>✓ Laboratorio Fabricante.</li> <li>✓ Uso (Indique el Producto o Productos a elaborar).</li> <li>✓ Número del Registro Sanitario de los Productos Farmacéuticos, Naturales y Cosméticos que se elaboraran con dicha materia prima.</li> <li>✓ Laboratorio donde se va procesar.</li> <li>✓ País de Procedencia.</li> <li>✓ Puerto de Salida.</li> <li>✓ Puerto de Entrada.</li> </ul> <b>Esta Solicitud debe ser impresa por duplicado.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Registro Sanitario de los Productos Farmacéuticos, Productos Naturales y/o Cosméticos.	Copia del Registro Sanitario de los productos que se elaboraron con la materia prima solicitada para importación.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Comprobante de Pago.	Original y Copia del Comprobante del Depósito Bancario o Transferencia electrónica. Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos</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"/>

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

FO.01-DMC-IE-OPP-AGOSTO 2022

