

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Importación y Exportación

Recaudos de Permiso para la Exportación de Productos Farmacéuticos y 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 para la Exportación de Productos Farmacéuticos y 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 y Logo de la Empresa.</li> <li>✓ Número de RIF de la Empresa.</li> <li>✓ Nombre del Producto</li> <li>✓ Principio Activo.</li> <li>✓ Cantidad a Exportar.</li> <li>✓ Número de Lote.</li> <li>✓ Presentación.</li> <li>✓ Concentración.</li> <li>✓ País de Recepción.</li> <li>✓ Puerto de Salida en Venezuela.</li> <li>✓ Puerto de Entrada en el Exterior.</li> <li>✓ Firma del Regente.</li> </ul> <p><b>Esta Solicitud debe ser impresa por duplicado.</b></p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Certificado de Análisis	Copia de este documento.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Carta Compromiso.	En donde se asegura que van abastecer el Mercado Nacional.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Plan de Fabricación Anual	Anexe el Plan de Fabricación durante el año, indicando las unidades y el porcentaje que van a exportar y cuantas comercializarán en el Mercado Nacional.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	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.13-DMC-IE-OPP-AGOSTO 2022

