

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

### División de Inspecciones y Farmacovigilancia

#### Recaudos para Permiso de Funcionamiento para Sucursales de Almacenadoras de Productos Farmacéuticos

##### 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  | Formulario de Solicitud de Permiso de Funcionamiento para Sucursales de Almacenadoras de Productos Farmacéuticos. | Descargue y llene el Formulario emitido por el SACS, el cual se encuentra en la página WEB del SACS, Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos / Formularios – Planillas / División de Inspecciones y Farmacovigilancia.<br><br><b>Este Formulario debe ser impreso por duplicado.</b>   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2  | Plano de Interno del Local.   | Plano que este legible. Indicando áreas de recepción, almacenamiento, despacho distribución, devueltos, rechazados.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3  | Memoria Descriptiva del Local.  | Anexe la información aquí solicitada de forma detallada.  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4  | Lista de Productos a Fabricar o Acondicionar en Empaque Primario y/o Secundario.                                  | Anexe la lista de los productos según corresponda.  | 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<br>RECIBIDO POR | DIVISIÓN<br>VERIFICADO POR | DIRECCIÓN<br>AUTORIZADO POR |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____                           | Nombre: _____              | Nombre: _____               |
| Cargo: _____                            | Cargo: _____               | Cargo: _____                |
| Fecha: _____                            | Fecha: _____               | Fecha: _____                |

FO.16-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

