

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Inspecciones y Farmacovigilancia

Recaudos para Permiso Sanitario de Instalación y Funcionamiento de Nuevas Áreas de Laboratorios Fabricantes de Productos Farmacéuticos 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	Formulario Solicitud de Permiso de Instalación y Funcionamiento de Nuevas Áreas de Laboratorios Fabricantes de Productos Farmacéuticos o Cosméticos.	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. Este Formulario debe ser impreso por duplicado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Poder otorgado al farmacéutico regente o director técnico.	Para Representar a la Empresa ante el SACS. (Documento escaneado que este legible).	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	Planos Interno del Local.	Documento que este legible. Indicando áreas de recepción, almacenamiento, despacho, distribución, devueltos, rechazados.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Lista de Productos a Fabricar o Acondicionar en Empaque Primario y/o Secundario.	Anexe una (1) Original del listado indicando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del Producto • Forma Farmacéuticas o Cosméticas. 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	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 Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos . 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 RECIBIDO POR	DIVISIÓN VERIFICADO POR	DIRECCIÓN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.18-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

