

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Inspecciones y Farmacovigilancia

Recaudos para Certificado de Buenas Prácticas de Distribución de Establecimientos Farmacéuticos: Casas de Representación y Almacenadoras.

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 | Comunicación de Solicitud de Certificado de Buenas Prácticas de Distribución de Establecimientos Farmacéuticos, Casa de Representación y Almacenadoras. | Original debidamente firmada por el Farmacéutico(a) Regente del Establecimiento. Este Comunicación debe ser Impresa por duplicado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2 | 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 | DIVISION VERIFICADO POR | DIRECCION AUTORIZADO POR |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Cargo: _____ | Cargo: _____ | Cargo: _____ |
| Fecha: _____ | Fecha: _____ | Fecha: _____ |

FO.32-DMC-IFV-OPP-JULIO 2022

