

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Inspecciones y Farmacovigilancia

Recaudos para Permiso Sanitario de Instalación y Funcionamiento de Casas de Representación de Productos Farmacéuticos y Materias Primas.

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 Sanitario de Instalación y Funcionamiento de Casas de Representación de Productos Farmacéuticos y Materias Primas.	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	Registro Mercantil.	Documento Legible que debe estar anexo al formulario de solicitud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Registro de Información Fiscal (RIF)	Documento Legible que debe estar anexo al formulario de solicitud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Copia del cambio de Regencia actual, en caso de haber regentado anteriormente.	Documento que este legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Poder otorgado por el Propietario del Producto a la Casa de Representación en Venezuela con Sello Consular o Apostillado.	Documento que este legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Plano interno del Local indicando la oficina administrativa.	Indicando las Áreas de: Recepción, Almacenamiento, Despacho, Distribución, Productos Rechazados, Productos Devueltos, Almacenamiento de Productos Psicotrópicos y Estupefacientes y Materias Primas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Poder Notariado otorgado por la Empresa al Farmacéutico, Legalizado.	Para Representar a la Empresa ante el SACS. (Documento escaneado que este legible).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Cambio de Representante Legal de la Empresa ante el INHRR ó Solicitud para Productos Registrados y Representados por Otra Casa de Representación.	Documento que este legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	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.05-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022

