

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Inspecciones y Farmacovigilancia
Recaudos para Permiso Sanitario de Laboratorios Fabricantes o Acondicionadores en Empaques Primarios y/o Secundarios de Productos Farmacéuticos, Homeopáticos Repelentes de Insectos de Uso Tópico 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 de Solicitud de Permiso Sanitario de Laboratorios Fabricantes o Acondicionadores en Empaques Secundarios de Productos Farmacéuticos, Homeopáticos, Repelentes de Insectos de Uso tópico 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 | 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 | Poder Notariado otorgado por la Empresa al Farmacéutico. | Para Representar a la Empresa ante el SACS. (Documento escaneado que este legible). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5 | Ultimo Cambio de Regencia, en caso de haber regentado anteriormente. | Documento que este legible. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6 | Memoria descriptiva del Local. | Indicando las características físicas del local (pisos, paredes, techo, iluminación), incluyendo sistema de agua, ventilación y extracción y planos de los mismos. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7 | Lista de los productos a fabricar o acondicionar en empaques primarios y/o secundarios, formas farmacéuticas o cosméticas, incluyendo número de registro sanitario. | Anexe la lista de acuerdo a la información solicitada. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 8 | Planos correspondientes a las Áreas donde se efectuarán las diferentes operaciones. | Indicando el circuito del personal e insumos, elaborados y aprobados por ingenieros, cuando se trate de empresas fabricantes de productos farmacéuticos: especialidades farmacéuticas, productos naturales, productos biológicos, radiofármacos, homeopáticos, gases medicinales y productos cosméticos. | 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 | DIVISION VERIFICADO POR | DIRECCION AUTORIZADO POR |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Cargo: _____ | Cargo: _____ | Cargo: _____ |
| Fecha: _____ | Fecha: _____ | Fecha: _____ |

FO.01-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022