

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Psicotrópicos y Estupefacientes

Recaudos para Relación Mensual-Compra Venta de Productos Farmacéuticos Categoría, Psicotrópicos, Estupefacientes, Precursor Producto Terminado

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.

Nº	Recaudos	Descripción	Verificado (*)
1	Solicitud de Relación Mensual/Compra Venta de Productos Farmacéuticos Categoría, Psicotrópicos, Estupefacientes, Precursor Producto Terminado.	<p>Carta u Oficio dirigida al Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS), emitida por el Farmacéutico Regente de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Inscripción en el SACS, Dirección, Teléfono y Fecha de la Solicitud). Indique lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitud de Relación de Mensual. ✓ Compra Venta del mes correspondiente ✓ Datos del Farmacéutico Regente, ✓ Datos de la Empresa Farmacéutica a la que Representa. <p>Esta Solicitud debe ser Impresa por duplicado.</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Declaración Jurada	Anexe este documento a la Solicitud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	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.01-DMC-PE-OPP-AGOSTO 2022