

## Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

### División de Psicotrópicos y Estupefacientes

#### Recaudos para Reconocimiento en Aduana (Área de Maiquetía) de Productos Farmacéuticos Categoría Psicotrópicos y 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.

N°	Recaudo	Descripción	Verificado (*)
1	Solicitud de Reconocimiento en Aduana (Área de Maiquetía) de Productos Farmacéuticos Categoría Psicotrópicos y Estupefacientes, Precursor (Producto Terminado).	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motivo de la Solicitud de Reconocimiento.</li> <li>✓ Almacén donde se encuentra el Producto.</li> <li>✓ Nombre del Agente Aduanal.</li> </ul> <b>Esta Solicitud debe ser Impresa por duplicado.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Copia del Permiso de Importación.	Anexe a la Solicitud copia de este documento.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Copia del Registro Sanitario.	Anexe a la Solicitud en caso de ser Producto Terminado copia de este documento.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Copia DUA (Declaración Única de Aduana), la cual debe contener el Nombre del Agente Aduanal.	Anexe a esta Declaración: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Carta Aduana. (Nombre del Agente Aduanal).</li> <li>✓ Copia Certificada del Permiso de Importación.</li> <li>✓ Copia del Permiso de Importación.</li> <li>✓ Pagos de SENIAT.</li> <li>✓ Pagos de CADIVI.</li> <li>✓ Certificado de la Materia Prima según el caso.</li> <li>✓ Copia del Registro Sanitario en caso de ser Producto Terminado.</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	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 <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos</b> . Asimismo, los Pagos deben realizarse a <b>Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria</b> , de acuerdo a lo indicado en el link <b>"Para Cancelar Tarifas y Multas" / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas</b> , 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: _____



