

**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.

Nº	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. <b>Este Formulario debe ser Impreso por duplicado.</b>	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	Último 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 <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: _____

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

