

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

**División de Importación y Exportación**

**Recaudos de Permiso para Importación de Medicamentos de Servicio**

**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 Permiso para Importación de Medicamentos de Servicio.	Carta u Oficio dirigida al Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) emitida por el Representante Legal de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Inscripción en el SACS, Dirección, Teléfono y Fecha de la Solicitud). Indique en la Solicitud los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre de la Empresa Importadora Autorizada por el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.</li> <li>✓ Número de RIF de la Empresa Solicitante.</li> <li>✓ Nombre del Producto.</li> <li>✓ Principio Activo.</li> <li>✓ Cantidad a Importar.</li> <li>✓ Presentación.</li> <li>✓ Laboratorio Fabricante.</li> <li>✓ País de Procedencia.</li> <li>✓ Puerto de Salida.</li> <li>✓ Puerto de Entrada.</li> </ul> <b>Esta Solicitud debe ser impresa por duplicado.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Certificado de Análisis.	Anexe copia del documento indicado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Oficio de Autorización de Condición de Medicamento de Servicio vigente.	Copia de la Autorización emitida por el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS), en donde se aprueba el medicamento con la condición de servicio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	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.03-DMC-IE-OPP-AGOSTO 2022