

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

### División de Inspecciones y Farmacovigilancia

#### Recaudos para Auditoría de Buenas Prácticas de Distribución de Establecimientos Farmacéuticos: Casas de Representación y Almacenadoras.

**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  | Comunicación de Solicitud de Auditoría de Buenas Prácticas de Distribución de Establecimientos Farmacéuticos, Casas de Representación y Empresas Almacenadoras. | Original debidamente firmada por el Farmacéutico(a) Regente del Laboratorio.<br><br><b>Esta Comunicación debe ser Impresa por duplicado.</b>  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2  | 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<br>RECIBIDO POR | DIVISIÒN<br>VERIFICADO POR | DIRECCIÒN<br>AUTORIZADO POR |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____                           | Nombre: _____              | Nombre: _____               |
| Cargo: _____                            | Cargo: _____               | Cargo: _____                |
| Fecha: _____                            | Fecha: _____               | Fecha: _____                |

FO.30-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022