

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Psicotrópicos y Estupefacientes

Recaudos para Permiso de Desincorporación, Traslado, Destrucción de Productos Farmacéuticos y Materias Primas Categoría Psicotrópicos, Estupefacientes y 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 Permiso de Desincorporación, Traslado, Destrucción de Productos Farmacéuticos y Materias Primas Categoría Psicotrópicos, Estupefacientes y Precursor (Producto Terminado).	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). 1. Para la Destrucción - Indique: ✓ Motivo de la Destrucción. (en caso de vencimiento indique fecha de vencimiento) ✓ Razón social y Dirección de la Empresa Incineradora. ✓ N° RASDA de la Empresa Incineradora. ✓ Denominación del Producto, N° E.F, Cantidad, N° Lote(s) de los Productos a Destruir. ✓ Anexe contrato u Hoja de Vida de la Empresa Incineradora. ✓ La Dirección donde se encuentran los Productos. ✓ La Dirección donde se van a destruir los Productos. 2. Para la Desincorporación: - Anexe: ✓ El Permiso de Destrucción, en virtud de que los productos que se desincorporan son aquellos que van a ser destruidos. 3. Para el Traslado: Indique ✓ Motivo del Traslado. ✓ La Denominación del Producto, Cantidad, N° Lote, Fecha de Vencimiento. ✓ La Dirección donde se encuentran los Productos. ✓ La Dirección donde se van a trasladar los Productos. Esta Solicitud debe ser Impresa por duplicado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Listado de Productos a Destruir	Dos (2) copias del listado. (Legible)	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: _____

