

## 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).	<p>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).</p> <p><b>1. Para la Destrucción</b> - Indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motivo de la Destrucción. (en caso de vencimiento indique fecha de vencimiento)</li> <li>✓ Razón social y Dirección de la Empresa Incineradora.</li> <li>✓ N° RASDA de la Empresa Incineradora.</li> <li>✓ Denominación del Producto, N° E.F, Cantidad, N° Lote(s) de los Productos a Destruir.</li> <li>✓ Anexe contrato u Hoja de Vida de la Empresa Incineradora.</li> <li>✓ La Dirección donde se encuentran los Productos.</li> <li>✓ La Dirección donde se van a destruir los Productos.</li> </ul> <p><b>2. Para la Desincorporación:</b> - Anexe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El Permiso de Destrucción, en virtud de que los productos que se desincorporan son aquellos que van a ser destruidos.</li> </ul> <p><b>3. Para el Traslado:</b> Indique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motivo del Traslado.</li> <li>✓ La Denominación del Producto, Cantidad, N° Lote, Fecha de Vencimiento.</li> <li>✓ La Dirección donde se encuentran los Productos.</li> <li>✓ La Dirección donde se van a trasladar los Productos.</li> </ul> <p><b>Esta Solicitud debe ser Impresa por duplicado.</b></p>	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 <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	DIVISION VERIFICADO POR	DIRECCION AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.04-DMC-PE-OPP-AGOSTO 2022