

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

**División de Inspección, Vigilancia y Control**

**Recaudos para Auditoria de Buenas Prácticas de Manufactura de Laboratorio Fabricante de Medicamentos, Productos Naturales, Radiofármacos, Oficinales, de Alcoholes, Fórmulas Magistrales, Homeopáticos, Gases Medicinales, Áreas de Empaques Primarias y Secundarias. Productos Cosméticos y Repelentes de Insectos de Uso Tópico.**

**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	Formulario de Solicitud de Auditoria de Buenas Prácticas de Manufactura de Laboratorio Fabricante de Productos Naturales, Radiofármacos, Oficinales, de Alcoholes, Fórmulas Magistrales, Homeopáticos, Gases Medicinales, Áreas de Empaques Primarias y Secundarias. Productos Cosméticos y Repelentes de Insectos de Uso Tópico.	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	Validación de Agua.	Copia del resumen del estudio de validación del sistema de agua.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Validación de Aire Comprimido.	Copia del resumen del estudio de validación del Sistema del aire.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Clasificación de áreas.	Copias del resumen de la clasificación en la cual quedaron las áreas.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	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.27-DMC--IFV-OPP-AGOSTO- 2022