

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**División de Psicotrópicos y Estupefacientes****Recaudos para Reconocimiento en Aduana (Área de Maiquetía) de Productos Farmacéuticos Categoría Psicotrópicos y Estupefacientes, 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.

Nº	Recaudo	Descripción	Verificado (*)
1	Solicitud de Reconocimiento en Aduana (Área de Maiquetía) de Productos Farmacéuticos Categoría Psicotrópicos y Estupefacientes, Precursor (Producto Terminado).	Carta u Oficio dirigida al Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS), emitida por el Farmacéutico Regente de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Inscripción en el SACS, Dirección, Teléfono y Fecha de la Solicitud). Indique lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">✓ Motivo de la Solicitud de Reconocimiento.✓ Almacén donde se encuentra el Producto.✓ Nombre del Agente Aduanal. <p>Esta Solicitud debe ser Impresa por duplicado.</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Copia del Permiso de Importación.	Anexe a la Solicitud copia de este documento.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Copia del Registro Sanitario.	Anexe a la Solicitud en caso de ser Producto Terminado copia de este documento.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Copia DUA (Declaración Única de Aduana), la cual debe contener el Nombre del Agente Aduanal.	Anexe a esta Declaración: <ul style="list-style-type: none">✓ Carta Aduana. (Nombre del Agente Aduanal).✓ Copia Certificada del Permiso de Importación.✓ Copia del Permiso de Importación.✓ Pagos de SENIAT.✓ Pagos de CADIVI.✓ Certificado de la Materia Prima según el caso.✓ Copia del Registro Sanitario en caso de ser Producto Terminado.	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 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"/>



@ sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA

Ministerio del Poder Popular para la

SALUD

Servicio Autónomo
de Contraloría Sanitaria

sacs

TAQUILLA UNICA DEL SACS		DIVISIÓN	DIRECCIÓN
RECIBIDO POR		VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
Fecha:		Fecha:	

FO.11-DMC-PE-OPP-AGOSTO 2022



@sacs_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.

