

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**  
**División de Inspección, Vigilancia y Control****Recaudos para Permiso de Traslado de Servicio de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria.****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  | Formulario de Solicitud de Permiso de Traslado de Servicio de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria. | 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.<br><br><b>Este Formulario debe ser Impreso por duplicado.</b>   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2  | Registro de Información Fiscal (RIF)   | Documento Legible que debe estar anexo al formulario de solicitud.  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2  | Permiso Sanitario del Establecimiento Medico – Asistencial.  | Documento que este legible.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3  | Memoria Descriptiva del Local.   | Anexe la información aquí solicitada de forma detallada.  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4  | Plano del Local.   | Documento que este legible.   | 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"/> |



@ 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.



Ministerio del Poder Popular para la

# SALUD

Servicio Autónomo  
de Contraloría Sanitaria

# sacs

| TAQUILLA UNICA DEL SACS<br>RECIBIDO POR | DIVISIÓN<br>VERIFICADO POR | DIRECCIÓN<br>AUTORIZADO POR |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____                           | Nombre: _____              | Nombre: _____               |
| Cargo: _____                            | Cargo: _____               | Cargo: _____                |
| Fecha: _____                            | Fecha: _____               | Fecha: _____                |

FO.12-DMC-IFV-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.

