

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos****División de Importación y Exportación****Recaudos de Permiso para la Exportación de Productos Farmacéuticos y Cosméticos****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 Permiso para la Exportación de Productos Farmacéuticos y Cosméticos. | <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>Indique en la Solicitud los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Nombre y Logo de la Empresa.</li><li>✓ Número de RIF de la Empresa.</li><li>✓ Nombre del Producto</li><li>✓ Principio Activo.</li><li>✓ Cantidad a Exportar.</li><li>✓ Número de Lote.</li><li>✓ Presentación.</li><li>✓ Concentración.</li><li>✓ País de Recepción.</li><li>✓ Puerto de Salida en Venezuela.</li><li>✓ Puerto de Entrada en el Exterior.</li><li>✓ Firma del Regente.</li></ul> <p><b>Esta Solicitud debe ser impresa por duplicado.</b></p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2  | Certificado de Análisis   | Copia de este documento.  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3  | Carta Compromiso.   | En donde se asegura que van abastecer el Mercado Nacional.  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4  | Plan de Fabricación Anual   | Anexe el Plan de Fabricación durante el año, indicando las unidades y el porcentaje que van a exportar y cuantas comercializarán en el Mercado Nacional.  | 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</b> ” / <b>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 | DIVISIÓN       | DIRECCIÓN      |
|-------------------------|----------------|----------------|
| RECIBIDO POR            | VERIFICADO POR | AUTORIZADO POR |
| Nombre: _____           | Nombre: _____  | Nombre: _____  |
| Cargo: _____            | Cargo: _____   | Cargo: _____   |
| Fecha: _____            | Fecha: _____   | Fecha: _____   |

FO.13-DMC-IE-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.

