

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Inspección, Vigilancia y Control

Recaudos para Certificado 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	Comunicación de Solicitud de Certificado 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.	Original debidamente firmada por el Farmacéutico(a) Regente o Representante del Laboratorio. Este Comunicación debe ser Impresa por duplicado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	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"/>

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

FO.29-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.

