

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos****División de Importación y Exportación****Recaudos para Permiso Sanitario de Importación para Medicamentos a Granel****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 Sanitario de Importación para Medicamentos a Granel.	<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 de la Empresa Importadora Autorizada por el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.</li><li>✓ Número de RIF de la Empresa Solicitante.</li><li>✓ Nombre del Producto a Granel.</li><li>✓ Cantidad a Importar.</li><li>✓ Laboratorio Fabricante.</li><li>✓ Laboratorio que Acondicionara el Granel.</li><li>✓ País de Procedencia.</li><li>✓ Puerto de Salida.</li><li>✓ Puerto de Entrada.</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 del Lote a Importar.	Anexe copia de este certificado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Registro del Producto a Importar en Granel.	Anexe copia del Registro indicado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Oficio de Aprobación para el Producto a Granel y para el Envasador.	Anexe copia del Oficio emitido por el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR).	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.06-DMC-IE-OPP-AGOSTO2022



@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.

