

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**

**División de Psicotrópicos y Estupefacientes**

**Recaudos para Permiso de Importación de Sustancias Psicotrópicas, Estupefacientes, Precursor (Producto Terminado), Sustancia Química**

**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	Solicitud de Permiso de Importación de Sustancias Psicotrópicas, Estupefacientes, Precursor (Producto Terminado), Sustancia Química.	<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 lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre del Establecimiento, Farmacéutico Regente.</li> <li>✓ Categoría: Psicotrópicos, Estupefacientes y Precursor (Producto Terminado) y Sustancia Química -</li> <li>✓ Producto: Presentación Comercial.</li> <li>✓ Principio Activo: Psicotrópicos, Estupefacientes, Precursor (Producto Terminado) y Sustancia Química.</li> <li>✓ Cantidad del Producto, Cantidad Total: (Frascos, Ampollas, Tabletas, Comprimidos).</li> <li>✓ Cantidad de Droga Activa: kilogramos (kg) o gramos (g)</li> <li>✓ Uso del Producto.</li> <li>✓ Número de RIF de la Empresa.</li> <li>✓ Proveedor y País de Procedencia</li> <li>✓ Aduana de Ingreso: Aérea de Maiquetía.</li> </ul> <p><b>Esta Solicitud debe ser Impresa por duplicado.</b></p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Copia del Registro Sanitario.	Anexe a la Solicitud copia de este documento.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	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"/>

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

FO.06-DMC-PE-OPP-AGOSTO 2022