

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control**

**Recaudos para Permiso Sanitario para la Instalación de Casas de Representación de  
Productos Farmacéuticos y Materias Primas.**

**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	Formulario de Solicitud de Permiso Sanitario para la Instalación de Casas de Representación de Productos Farmacéuticos y Materias Primas.	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.  <b>Este Formulario debe ser Impreso por duplicado.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Registro Mercantil.	Documento Legible que debe estar anexo al formulario de solicitud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Registro de Información Fiscal (RIF).	Documento Legible que debe estar anexo al formulario de solicitud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Poder Notariado otorgado por la empresa al farmacéutico.	Para Representar a la Empresa ante el SACS. (Copia legible de este documento).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Cambio de Regencia.	Documento que este legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Plano de Interno de los Almacenes.	Planos que estén legibles. Indicando áreas de recepción, almacenamiento despacho, distribución, devueltos, rechazados.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Poder otorgado a la Casa de Representación por parte de Propietario de los Productos.	Documento que este legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Lista de Productos o Materias Primas a Importar y Representar en el País.	Anexe la lista con la información requerida.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	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"/>

TAQUILLA UNICA DEL SACS RECIBIDO POR	DIVISIÒN VERIFICADO POR	DIRECCIÒN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.17-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022