

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

**Recaudos para Permiso Sanitario de Instalación y Funcionamiento de Nuevas Áreas de Laboratorios Fabricantes de Productos Farmacéuticos o 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.

N°	Recaudo	Descripción	Verificado (*)
1	Formulario Solicitud de Permiso de Instalación y Funcionamiento de Nuevas Áreas de Laboratorios Fabricantes de Productos Farmacéuticos o Cosméticos.	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	Poder otorgado al farmacéutico regente o director técnico.	Para Representar a la Empresa ante el SACS. (Documento escaneado que este legible).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Memoria Descriptiva del local.	Anexe la información aquí solicitada de forma detallada.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Planos Interno del Local.	Documento que este legible. Indicando áreas de recepción, almacenamiento, despacho, distribución, devueltos, rechazados.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Lista de Productos a Fabricar o Acondicionar en Empaque Primario y/o Secundario.	Anexe una (1) Original del listado indicando lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del Producto</li> <li>• Forma Farmacéuticas o Cosméticas.</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	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	DIVISION VERIFICADO POR	DIRECCION AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.18-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022