

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**
**División de Productos Naturales y Homeopáticos**
**Recaudos para Inclusión de Excipientes en la Fórmula de Productos Naturales con Actividad Terapéutica**
**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°	Recaudos	Descripción	Verificado (*)
1	Comunicación de Modificación al Registro Sanitario por Inclusión de Excipiente(s) en la Fórmula del Producto, indicando cantidad de existencia para agotar. (Cuando aplique).	Debe ser individualizado por cada Producto, justificando los cambios propuestos. Firmado por el Farmacéutico Patrocinante.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Fórmula Cualitativa del Producto Natural. Comunicación expedida por el Laboratorio Fabricante donde avale y justifique el trámite de Inclusión de Excipiente (s) en la Fórmula Cualitativa.	Original, individualizada por cada Producto, firmado por el Farmacéutico(a) responsable de la Fórmula (Regente del Laboratorio).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Pruebas de Estabilidad.	Original de Protocolos o Pruebas de Estabilidad de tres lotes, correspondientes a la Zona Climática IV, en las que se incluyan pruebas Físico-químicas y Microbiológicas, emitidas por el Laboratorio Fabricante, de acuerdo a la Norma de la Junta Revisora de Productos Farmacéuticos (JRPF).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Resultado Conforme para la Autorización de Inclusión, tipo II, de aspectos Farmacéuticos.	Solicitar ante el (INHRR) los análisis correspondientes a la Evaluación de Calidad y consignar el resultado Conforme para la Autorización de dicho Cambio.	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" / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas</b> , publicada en la Página WEB del SACS.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**CONDICIONES DE LOS RECAUDOS A REMITIR**

1. Es responsabilidad del Farmacéutico Patrocinante, garantizar que la información esté debidamente revisada, seleccionada y sea suficiente para dar respuesta a los requisitos exigidos, en caso de que se evidencie que la información no cumpla con lo señalado y/o se trate de documentación que, en lugar de clarificar, complique la solicitud, la misma será Devuelta.
2. Los Documentos Técnicos Científicos relativos a la Calidad del producto provenientes del extranjero deben ser consignados en su idioma original (país de origen) y traducidos al idioma oficial de Venezuela (español) con traducción simple (no requiere interprete público).
3. El Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria se reserva el derecho de solicitar información adicional que considere necesaria para el análisis del Trámite Administrativo solicitado, con la finalidad de registrar y mantener actualizada la información sobre la Autorización Sanitaria de Productos y su Establecimiento.

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

FO.20-DMC-PNH-OPP-AGOSTO 2022

