

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Productos Naturales y Homeopáticos
Recaudos para Cambio de Propietario del Producto Natural

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 Cambio de Propietario del Producto, indicando cantidad de existencia para agotar. (Cuando aplique).	Original, individualizada por cada Producto Natural, debidamente firmado por el Farmacéutico(a) Patrocinante.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Registro Mercantil que avale el Cambio de Propietario del Producto.	Documento donde notifique la cesión o traspaso de la propiedad al Nuevo Propietario del Producto o Documento de compra – venta firmado entre las partes con la lista anexa de los Productos Naturales, debidamente sellada, firmada y fechada, o cualquier otro recaudo con el que se pueda verificar el cambio de Propietario, debidamente legalizado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Poder Notariado del nuevo Propietario del Producto al Representante Nacional.	Documento otorgado al Representante Nacional (Casa de Representación), legalizado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Poder del nuevo Propietario otorgado al Laboratorio Fabricante, Envasador y/o Acondicionador, y/o Contrato de Fabricación.	Documento Notariado con los datos de los Productos Naturales (Nombre, Forma Farmacéutica, Concentración, presentaciones) (cuando aplique).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Anteproyecto del Modelo Propuesto para Textos y/o Diseño del Arte de etiquetas y/o rótulos, envases, estuches, envoltorios, prospectos internos, leyendas, publicidades y otros (según corresponda).	Original con el Cambio de propietario. Una vez autorizado el texto de Etiqueta, debe consignar Un (01) Ejemplar original, definitivo, impreso de Texto y/o Diseño del Arte de etiquetas y/o rótulos autoadhesivos, envases, estuches, envoltorios y prospectos.	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 Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos . Asimismo, los Pagos deben realizarse a Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria , de acuerdo a lo indicado en el link “Para Cancelar Tarifas y Multas” / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas , 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 Legales Nacionales deben ser notariados. Los documentos legales provenientes del extranjero deben ser consignados en su idioma original (país de origen) y traducidos al idioma oficial de Venezuela (español) por intérprete público, deben ser legalizados y/o apostillados.
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 UNICA DEL SACS RECIBIDO POR	DIVISIÓN VERIFICADO POR	DIRECCIÓN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.12-DMC-PNH-OPP-AGOSTO 2022