

**Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**  
**División de Productos Cosméticos**

**Recaudos para Cambio, Inclusión o Exclusión del Representante Nacional del Registro del Producto Cosmético Nacional o Importado**

**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	Cambio, Inclusión o Exclusión del Representante Nacional del Registro del Producto Cosmético Nacional o Importado.	Descargue y llene el Formulario emitido por el SACS, el cual se encuentra ubicado en la página WEB del SACS, <b>Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos / Formularios - Planillas / División de Productos Cosméticos.</b>  <b>Este Formulario debe ser impreso por duplicado.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Documento en el cual se evidencie el Cambio del Titular (Producto Nacional). Legalizado.	Documento Legible	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Poder para Comercializar el Producto, otorgado por la Firma Propietaria al Representante Nacional, legalizado y apostillado (Producto Importado)	Documento Legible	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Poder Notariado otorgado al Farmacéutico Patrocinante para representar a la Empresa ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (cuando aplique)	Documento Legible	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"/>

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

FO-13-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022

