

**Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas**
**División de Registro Sanitario**
**Recaudos para Cambio de Razón Social del Fabricante de Alimentos o Bebidas Alcohólicas Artesanales**

**Nota:** Toda la documentación deberá ser consignada en Taquilla Única del SACS, ubicada en la sede central, en forma digital o impresa. En caso de ser digital debe ser escaneada en formato PDF y grabado en CD. En caso de impresión entregar en sobre o carpeta.

N°	Recaudos	Descripción	Verificado
1	Planilla de la Solicitud emitida por el Sistema SIACSV2.	Descargue la planilla generada por el Sistema una vez ingresado y guardado todos los datos solicitados para este tipo de trámite y anexe en físico a los recaudos impresos o CD.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Documento Probatorio del Cambio de la Razón Social del Titular del Registro Sanitario. <b>(Imagen del documento original en Formato PDF)</b>	Documento legalizado donde se especifica y aprueba el cambio de la Razón Social del Titular del Registro Sanitario de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alimentos Artesanales.</li> <li>✓ Bebidas Alcohólicas Artesanales.</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Permiso Sanitario. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Oficio del Permiso Sanitario o Última Renovación de la empresa artesanal.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Registro Sanitario <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Oficio del Registro Sanitario o Última Renovación del producto artesanal.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Autorización Notariada. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Para realizar la solicitud de este trámite ante la Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas del SACS.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Comprobante de Pago. Por cada Tramite Realizado. <b>(Imagen en Formato PDF)</b>	Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas Nivel Central</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	DIVISIÓN VERIFICADO POR	DIRECCIÓN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO18-IAB-RS-OPP-AGOSTO 2022