

## Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas

### División de Registro Sanitario

#### Recaudos para Cambio de Razón Social del Importador de Alimentos o Bebidas Alcohólicas

##### Notas:

- a) 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.
- b) Los documentos emitidos en otro idioma deberán ser traducidos al castellano por un intérprete público.

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 del Importador. <b>(Imagen del documento original en Formato PDF)</b>	Documento legalizado y apostillado donde se especifica y aprueba el cambio de la Razón Social del Importador de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alimentos</li> <li>✓ Bebidas Alcohólicas</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Permiso Sanitario otorgado por el SIACVISA. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Permiso Sanitario del Establecimiento. Este documento es solicitado en la Contraloría Sanitaria del Estado que corresponda.	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 importado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Autorización del Fabricante al Importador. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Debidamente visada y/o apostillada.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	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"/>
7	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	DIVISION	DIRECCION
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR

Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO19-IAB-RS-OPP-AGOSTO 2022