

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**
**División de Productos Cosméticos**
**Recaudos para Cambio, Inclusión o Exclusión de Empresa Importadora y/o Distribuidora del Producto Repelente de Insectos de Uso Tópico 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	Solicitud de Cambio, Inclusión o Exclusión de Empresa Importadora y/o Distribuidora del Producto Repelente de Insectos de Uso Tópico 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	Texto de Etiquetas Legal para comercializar en Venezuela.	Etiqueta indicando la nueva Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Poder para comercializar el producto otorgado por la firma propietaria o el Representante Nacional al Importador. y/o Distribuidor.	Documento Legible. Legalizado y apostillado (Producto Importado).	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	Copia de la autorización de funcionamiento del establecimiento.	Documento Legible.	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 <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	DIVISION	DIRECCION
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

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