

Dirección de Inocuidad de Alimentos y Bebidas

División de Registro Sanitario

Recaudos para Cambio de Presentación de Diseño de Rótulo para 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°	Recaudo	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 a los recaudos impresos o CD.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	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"/>
3	Rotulo Anterior. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Anexe un Rótulo Anterior del Producto.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Rotulo o Etiqueta del Producto a Color. <b>(Imagen en Formato PDF y en Físico).</b>	Un (1) Rótulo o Etiqueta del Producto a Color con el Nuevo Diseño del Producto <b>(en Formato PDF)</b> , <b>(en Formato PDF)</b> , y Seis (6) Rótulos o Etiquetas del Producto a Color con el nuevo diseño <b>(en Físico)</b> .	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	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 / Nivel Central / Inocuidad de Alimentos y Bebidas</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: _____

FO.34-IAB-RS-OPP-AGOSTO 2022