

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 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 | Solicitud de Cambio, Inclusión o Exclusión de Empresa Importadora y/o Distribuidora 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, Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos / Formularios – Planillas / División de Productos Cosméticos. Este Formulario debe ser impreso por duplicado. | 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 Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos. Asimismo, los Pagos deben realizarse a Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria , de acuerdo a lo indicado en el link “Para Cancelar Tarifas y Multas” / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas , 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.19-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022