

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Productos Cosméticos

Recaudos para Cambio, Inclusión o Exclusión de Marca Comercial 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 Marca Comercial 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 marca.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Certificado Libre Venta con la nueva marca del producto emitido por la autoridad Sanitaria del país de origen, debidamente legalizado, apostillado y traducido al idioma castellano	Documento Legible. (Producto Importado).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Constancia de Elaboración expedida por el director técnico señalando la nueva marca y las variantes (cuando aplique). Debidamente firmada	Documento Original. (Producto Nacional)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	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	DIVISION	DIRECCION
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.21-DMC-PC-OPP.AGOSTO 2022