

## Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

### División de Productos Cosméticos

#### Recaudos para Cambio, Inclusión o Exclusión de Variedades 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 Variedades 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, <b>Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos / Formularios – Planilla / División de Productos Cosméticos.</b>  <b>Este Formulario debe ser impreso por duplicado.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Fórmula cualitativa y cuantitativa para aquellas sustancias de uso restringidos y de los activos que se encuentren en las Normas con parámetros establecidos para que ejerzan su acción cosmética, así no tengan restricciones, con los nombres de los componentes con la persona responsable.	Documento legible.	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 variedad / variedades. Debidamente firmada	Documento Original. (Producto Nacional).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Texto de Etiqueta legal para comercializar en Venezuela.	Etiqueta, indicando la nueva variante.	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-23-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022