

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**  
**División de Productos Naturales y Homeopáticos**

**Recaudos para Cambio de Nombre o Razón Social del Propietario de Productos Homeopáticos**

**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	Comunicación de Modificación al Registro Sanitario por Cambio de Nombre o Razón Social del Propietario, indicando cantidad de existencia para agotar. (Cuando aplique).	Debe ser individualizada por cada Producto, firmado por el Farmacéutico(a) Patrocinante.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Registro Mercantil que avale el Cambio efectuado de nuevo Nombre, Razón Social o Denominación Comercial del Propietario.	Documento original, legal, notariado (si es Producto Nacional), o debidamente legalizado y/o apostillado (si es un Producto Importado).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Poder con el nuevo Nombre, Razón Social o Denominación Comercial del Propietario del Producto otorgado al Representante Nacional.	Documento original, Poder con el nuevo Nombre, Razón Social o Denominación Comercial del Propietario del Producto otorgado al Representante Nacional (Establecimiento Farmacéutico: Casa de Representación o Laboratorio Fabricante).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Poder con el nuevo Nombre, Razón Social o Denominación Comercial del Propietario del Producto otorgado al Laboratorio Fabricante.	Documento original del Poder con el nuevo Nombre, Razón Social o Denominación Comercial del Propietario del Producto otorgado al Laboratorio Fabricante. (En caso de Fabricación a terceros).	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 <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"/>

**CONDICIONES DE LOS RECAUDOS A REMITIR**

1. Es responsabilidad del Farmacéutico Patrocinante, garantizar que la información esté debidamente revisada, seleccionada y sea suficiente para dar respuesta a los requisitos exigidos, en caso de que se evidencie que la información no cumpla con lo señalado y/o se trate de documentación que, en lugar de clarificar, complique la solicitud, la misma será Devuelta.
2. Los Documentos Legales Nacionales deben ser notariados. Los documentos legales provenientes del extranjero deben ser consignados en su idioma original (país de origen) y traducidos al idioma oficial de Venezuela (español) por intérprete público, deben ser legalizados y/o apostillados.
3. El Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria se reserva el derecho de solicitar información adicional que considere necesaria para el análisis del Trámite Administrativo solicitado, con la finalidad de registrar y mantener actualizada la información sobre la Autorización Sanitaria de Productos y su Establecimiento.

TAQUILLA UNICA DEL SACS	DIVISIÓN	DIRECCIÓN
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.34-DMC-PNH-OPP-AGOSTO 202

