

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Productos Cosméticos

Recaudos para Renovación de Registro Sanitario del Producto Cosmético Artesanal

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 Renovación de Registro Sanitario de Producto Cosmético Artesanal.	Carta u Oficio Emitida por el Representante Legal de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Dirección, Teléfono y Fecha de la Solicitud). Coloque Sello Húmedo de la Empresa. Esta Comunicación debe ser impresa por duplicado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Texto de Etiqueta.	Los cuales ostentarán en sus etiquetas, impresiones las siguientes menciones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre o razón social del fabricante o del responsable de la comercialización del producto cosmético, Podrán utilizarse abreviaturas, siempre y cuando pueda identificarse fácilmente en todo momento a la empresa. ✓ El contenido nominal en peso o en volumen. ✓ Las advertencias de empleo. ✓ El número de lote o la referencia que permita la identificación de la fabricación. ✓ Localización del número de Registro Sanitario del Producto Cosmético Artesanal. ✓ Ingredientes. ✓ Modo de empleo. 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Comprobante de Pago.	Verifique el monto a cancelar en la Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Cosméticos Artesanales . 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.38-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022