

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

**Recaudos para Cambio de Farmacéutico Patrocinante de Productos Naturales**

**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 Farmacéutico Patrocinante del Producto, indicando cantidad de existencia para agotar. (Cuando aplique).	Original, por cada Producto Natural, debidamente firmada por el Farmacéutico(a) Patrocinante.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Comunicaciones emitidas por el Farmacéutico Saliente y el farmacéutico Entrante.	Original de las Comunicaciones, participando que Asume y otra donde Renuncia al Patrocinio firmada por los Farmacéuticos(a), individualizadas por cada uno de los Productos. En caso de no contar con la renuncia del Farmacéutico Patrocinante saliente, el Gerente General de la Empresa debe emitir justificación por el cual no cuenta con dicha renuncia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Poder del Representante Nacional (Casa de Representación, Laboratorio) o del Propietario del Producto otorgado al Farmacéutico Patrocinante Entrante y Revocatoria del Poder del Farmacéutico(a) Patrocinante anterior (Saliente).	Documento notariado del Representante Nacional o del Propietario del Producto otorgado al Farmacéutico(a) Patrocinante (Entrante). La revocatoria puede estar incluida en el Poder otorgado al Farmacéutico(a) Patrocinante (Entrante).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Anteproyecto de Modelo de Textos y/o diseño del arte para rótulos, etiquetas, envases, estuches, envoltorios, prospectos internos (según aplique).	Original y el nuevo Farmacéutico Patrocinante. Una vez autorizado el texto de Etiqueta, debe consignar Un (01) Ejemplar original, definitivo, impresos de Textos y/o Diseño del Arte de etiquetas y/o rótulos autoadhesivos, envases, estuches, envoltorios y prospectos.	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 RECIBIDO POR	DIVISIÓN VERIFICADO POR	DIRECCIÓN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.08-DMC-PNH-OPP-AGOSTO 2022

