

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

### División de Productos Cosméticos

#### Recaudos para Cambio, Inclusión o Exclusión de Empresa Importadora y/o Distribuidora del Producto Repelente de Insectos de Uso Tópico Nacional o Importado

##### Notas:

- 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.
- (\*) 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 Empresa Importadora y/o Distribuidora del Producto Repelente de Insectos de Uso Tópico 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 – Planillas / División de Productos Cosméticos.</b> <b>Este Formulario debe ser impreso por duplicado.</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Texto de Etiquetas Legal para comercializar en Venezuela.	Etiqueta indicando la nueva Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Poder para comercializar el producto otorgado por la firma propietaria o el Representante Nacional al Importador. y/ o Distribuidor.	Documento Legible. Legalizado y apostillado (Producto Importado).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Poder Notariado otorgado al Farmacéutico Patrocinante para representar a la Empresa ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria. (cuando aplique)	Documento Legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Copia de la autorización de funcionamiento del establecimiento.	Documento Legible.	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"/>



@sacs\_ve



*Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria*

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



TAQUILLA UNICA DEL SACS RECIBIDO POR	DIVISIÒN VERIFICADO POR	DIRECCIÒN AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.20-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022



@sacs\_ve



*Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria*

*Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.*

