

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Productos Cosméticos

Recaudos para Cambio, inclusión o Exclusión de Empresa Fabricante de Productos Cosméticos 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 Empresa Fabricante de Productos Cosméticos Nacional o Importados. | Descargue y llene el Formulario emitido por el SACS, el cual se encuentra ubicado en la página WEB del SACS, Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos / Formularios – Planillas / División de Productos Cosméticos. Este Formulario debe ser impreso por duplicado. | 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 | Texto de Etiquetas legal para comercializar en Venezuela. | Etiqueta, indicando la nueva Empresa. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4 | Especificaciones organolépticas y fisicoquímicas del producto terminado y microbiológico (cuando corresponda). | Documento Legible. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5 | Constancia de Elaboración (original). | Documento Legible (Producto Nacional). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6 | Copia de autorización de funcionamiento del establecimiento | Documento Legible. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7 | Poder para fabricar el producto otorgado por la firma propietaria al nuevo fabricante (Nacional o Importado) | Documento Legible. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 8 | Buenas prácticas de manufactura emitido por el país de origen. Legalizado y Apostillado. | Documento Legible. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

| N° | Recaudos | Descripción | Verificado (*) |
|----|----------------------|---|---|
| 9 | 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 Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos . 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 | DIVISIÓN | DIRECCIÓN |
|-------------------------|----------------|----------------|
| RECIBIDO POR | VERIFICADO POR | AUTORIZADO POR |
| Nombre: _____ | Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Cargo: _____ | Cargo: _____ | Cargo: _____ |
| Fecha: _____ | Fecha: _____ | Fecha: _____ |

FO.17-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022