

## 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**

- 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.
- 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.
- 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