

**Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos  
División de Inspección, Vigilancia y Control**

**Recaudos para Notificación del Cambio de Regencia para Establecimientos (Laboratorios Fabricantes de Medicamentos, Cosméticos, Repelentes de Insectos de Uso Tópico, Casas de Representación de Medicamentos, Casas de Representación de Materias Primas, Importadoras y Distribuidoras de Cosméticos, Importadoras y Distribuidoras de Repelentes de Insectos de Uso Tópico, Almacén Principal y Almacenes Secundarios y Almacenadoras).**

**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° | Recaudo  | Descripción   | Verificado (*)  |
|----|--|---|---|
| 1  | Formulario de Notificación de Cambio de Regencia para Establecimientos.  | Descargue y llene el Formulario emitido por el SACS, el cual se encuentra en la página WEB del SACS, Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos / Formularios – Planillas / División de Inspecciones y Farmacovigilancia.<br><br><b>Este Formulario debe ser impreso por duplicado.</b>   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2  | Poder Notariado otorgado por la Empresa al Farmacéutico.                 | Para Representar a la Empresa ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud. (Documento que este legible).   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3  | Comunicación e Inventario de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. | Firmados por ambos regentes (saliente y entrante), (cuando se trate de establecimientos que manejen estas sustancias).  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4  | 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"/> |

| TAQUILLA UNICA DEL SACS<br>RECIBIDO POR | DIVISION<br>VERIFICADO POR | DIRECCION<br>AUTORIZADO POR |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____                           | Nombre: _____              | Nombre: _____               |
| Cargo: _____                            | Cargo: _____               | Cargo: _____                |
| Fecha: _____                            | Fecha: _____               | Fecha: _____                |

FO.22-DMC-IFV-OPP-AGOSTO 2022