

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

División de Productos Cosméticos

Recaudos para Cambio, Inclusión o Exclusión de País Fabricante de Repelente de Insectos 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 País Fabricante de Repelente de Insectos Nacional o Importado. | 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 | Formula 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, firmado y sellado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3 | Texto de etiqueta legal para comercializar en Venezuela, indicando la nueva empresa fabricante. | Etiqueta, indicando la nueva Empresa. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4 | Especificaciones organolépticas y fisicoquímicas del producto terminado y microbiológico. | Documento legible, firmado y sellado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5 | Certificado de Libre venta indicando denominación y variedades del producto (cuando corresponda), emitido por la autoridad sanitaria del país de origen, legalizado y apostillado | Documento legible. (Producto importado). | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6 | Constancia de Elaboración para la incorporación de Venezuela como país fabricante, | Documento original., firmado y sellado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7 | Copia de la autorización de funcionamiento del establecimiento | Documento legible | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

| N° | Recaudos | Descripción | VERIFICADO |
|----|---------------------|---|---|
| 8 | 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 | DIVISION | DIRECCIÓN |
|-------------------------|----------------|----------------|
| RECIBIDO POR | VERIFICADO POR | AUTORIZADO POR |
| Nombre: _____ | Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Cargo: _____ | Cargo: _____ | Cargo: _____ |
| Fecha: _____ | Fecha: _____ | Fecha: _____ |

FO-30-DMC-PC-OPP-AGOSTO 2022