

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

Recaudos para la Renovación del Permiso de Funcionamiento de Droguerías

Notas:

- Toda la documentación debe ser entregada en físico o en CD con información escaneada en formato PDF en la sede de la Contraloría Sanitaria del Estado que corresponda al Solicitante.
- Adicional a la información escaneada en CD, deberá entregar en físico los planos solicitados.

N°	Recaudo	Descripción	Verificado
1	Carta u Oficio dirigida a la Contraloría Sanitaria Estatal que corresponda. (Imagen en Formato PDF).	Emitida por el Representante Legal de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Inscripción en el MPPS, Dirección, Teléfono y Fecha de la Solicitud). Coloque firma del Representante Legal, Sello Húmedo de la Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Último cambio de Regencia. (Imagen en Formato PDF).	Documento escaneado que sea legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Plano de las Áreas del Establecimiento. (Imagen en Formato PDF y en Físico).	Anexe el plano indicado, según lo solicitado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Declaración Jurada Emitida por el SACS. (Imagen en Formato PDF).	Descargue y llene el Formulario emitido por el SACS, ubicado en la Página WEB del SACS en la Pestaña de DIRECCIONES / Contralorías Estadales / Formularios – Planillas. Coloque Firma del Representante Legal de la Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Comprobante de Pago. (Imagen en Formato PDF).	Verifique el monto a cancelar en la Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Estatal / 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"/>

CONTRALORIA SANITARIA ESTADAL		
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.10-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022

