

## Contralorías Sanitarias Estadales

### División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

### Recaudos para la Inclusión de Nuevas Áreas en Establecimientos de Producción de Cosméticos Artesanales

**Nota:** Toda la documentación debe ser entregada en físico y en CD con información escaneada en formato PDF en la sede de la Contraloría Sanitaria del Estado que corresponda al Solicitante.

N°	Recaudo	Descripción	Verificado
1	Carta u Oficio dirigida a la Contraloría Sanitaria Estadal que corresponda <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Emitida por el Representante Legal de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Dirección, Teléfono, Fecha de la Solicitud e Inclusión de Nuevas Áreas). Coloque firma del Representante Legal, Sello Húmedo de la Empresa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Memoria Descriptiva del local. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Anexe la información aquí solicitada de forma detallada. Documento escaneado que sea legible).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Planos Interno del Local. <b>Imagen en Formato PDF).</b>	Anexe el plano indicado, según lo solicitado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Listado de los Productos Cosméticos Artesanales <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Que se pretenden expender en el establecimiento (Documento escaneado que sea legible).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Comprobante de Pago. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Verifique el monto a cancelar en la Página <b>WEB del SACS / Tarifas / Nivel Estadal / Cosméticos Artesanales</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"/>

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

FO.34-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022