

### Contralorías Sanitarias Estadales

#### División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos Recaudos para el Permiso de Funcionamiento de Expendios de Medicinas

**Notas:**

- a) 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.
- b) 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 Estadal que corresponda.<br><b>(Imagen en Formato PDF).</b>                  | 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  | Plano de las Áreas del Establecimiento.<br><b>(Imagen en Formato PDF y en Físico).</b>  | Anexe el plano indicado, según lo solicitado.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3  | Certificación Expedida, Firmada y Sellada por la Autoridad respectiva del Concejo Municipal.<br><b>(Imagen en Formato PDF).</b> | Indicando que no existe otro expendio en la localidad y que la farmacia más cercana se encuentra ubicada a 5 o más kilómetros. (Documento escaneado que sea legible).   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4  | Declaración Jurada Emitida por el SACS.<br><b>(Imagen en Formato PDF).</b>  | <b>En la página web del SACS en la</b> Pestaña de <b>Recaudo</b> descargue y llene el formulario. Coloque firma del Representante Legal de la Empresa.  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5  | Comprobante de Pago.<br><b>(Imagen en Formato PDF).</b>   | Verifique el monto a cancelar en la Página <b>WEB del SACS / Tarifas / Nivel Estadal / 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"/> |

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

FO.06-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022

