

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Inocuidad de Alimentos y Bebidas

Recaudos para los Trámites Administrativos Procesados de Forma Manual

Nota: El Solicitante deberá presentar los recaudos en físico en la Sede de la Contraloría Estatal correspondiente.

N°	Denominación del Trámite	Recaudos	Verificado
1	Dictado de Cursos de Manipulación de Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carta solicitando el Curso ✓ Fotocopias de la Cédula de Identidad 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Sellado de Certificados de Cursos de Manipulación de Alimentos generados por las Empresas Autorizadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificados de Cursos para colocar sello. ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Buenas Prácticas de Fabricación, Almacenamiento y Transporte de Alimentos para Consumo Humano (para Industrias).	Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda, solicitando las Buenas Prácticas requerida. Anexe los siguientes Documentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). ✓ Permiso Sanitario Tipo I 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Buenas Prácticas de Fabricación, Almacenamiento y Transporte de Alimentos para Consumo Humano (para Microempresas).	Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda, solicitando las Buenas Prácticas requerida. Anexe los siguientes Documentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). ✓ Permiso Sanitario Tipo I 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Buenas Prácticas de Manufactura o Fabricación de Alimentos para Artesanales.	Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda, solicitando las Buenas Prácticas requerida. Anexe los siguientes Documentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). ✓ Permiso Sanitario Tipo I 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Constancias y Copias Certificadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda realizando la solicitud. ✓ Copia del Documento a certificar legible ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Anulación y Corrección de Oficios por errores atribuibles al Administrado.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda realizando la solicitud. ✓ Original del Documento a corregir. ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Inspecciones Solicitadas por el Administrado aparte del Trámite requerido.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carta u Oficio dirigido a la Contraloría Sanitaria Estatal del estado que corresponda realizando la solicitud. ✓ Comprobante del pago a la CSE de la tarifa correspondiente (*). 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nota: (*) Depósito o Transferencia. Verifique el monto a cancelar en la Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas de Nivel Estatal. 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.

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

FO.02-CSE-IAB-OPP-JULIO 2022