

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

Recaudos para la Renovación del Permiso de Funcionamiento de Expendios de Medicinas

Notas:

- 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.
- 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	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"/>
3	Certificación Expedida, Firmada y Sellada por la Autoridad respectiva del Concejo Municipal. (Imagen en Formato PDF).	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. (Imagen en Formato PDF).	En la página web del SACS en la Pestaña de Recaudo 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. (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.11-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022