

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

Recaudos para el Permiso de Traslado para Droguerías

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 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 Actual y Dirección hacia donde se va a trasladar la Droguería, 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	Poder otorgado por la Empresa al Representante ante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria. (Imagen en Formato PDF).	En caso de no aparecer en el Registro Mercantil. (Documento escaneado que sea legible)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Plano Interno del Local con Memoria Descriptiva. (Imagen en Formato PDF).	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).	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"/>

FO.15-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022

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