

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

Recaudos para Prestación del Servicio para la Aplicación de Inyecciones por vía Intramuscular, Intradérmicas y Sub – Cutánea en las Farmacias

Notas:

- a) Toda la documentación debe ser entregada en físico en la Contraloría Sanitaria del Estado que corresponda al Solicitante.**
- b) Este trámite es gratuito**

| Nº | Recaudo | Descripción | Verificado |
|----|---|---|---|
| 1 | Carta u Oficio dirigida a la Contraloría Sanitaria Estadal que corresponda, solicitando la autorización para ofrecer este servicio gratuito a la población. | 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). Esta Carta u Oficio se debe imprimir por duplicado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2 | Libro de Control de este Servicio, para ser sellado por el SACS. | Este Libro deberá ser remitido los primeros cinco (5) días de cada mes a la Contraloría Sanitaria del Estado para solicitar la colocación del sello húmedo. | 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.28-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022