

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

Recaudos para Permiso de Traslado para 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 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 el Expendio de Medicinas, 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 Interno del Local con Memoria Descriptiva. (Imagen en Formato PDF y en Físico). | Anexe el plano indicado, según lo solicitado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3 | 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"/> |
| 4 | 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.15-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022