

Contralorías Sanitarias Estadales

División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

Recaudos del Permiso de Traslado para Farmacias Comerciales y Asistenciales

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	Resolución Ministerial de la Creación del Establecimiento de Salud, donde indique la Creación de la Farmacia. (Imagen en Formato PDF).	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.13-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022