

## Contralorías Sanitarias Estadales

### División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

### Recaudos para el Cierre del Establecimiento (Farmacias Comerciales, Farmacias Asistenciales, Droguerías, Expendios de Medicinas)

**Nota:** 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.

N°	Recaudo	Descripción	Verificado
1	Carta u Oficio dirigida a la Contraloría Sanitaria Estadal que corresponda. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Indicando o explicando el Motivo del Cierre, firmada por el Dueño y el Farmacéutico Notificante, coloque Sello Húmedo de la Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Inventario de las Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Indicando la existencia de este tipo de productos. (Documento escaneado que sea legible).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Declaración Jurada Emitida por el SACS. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	<b>En la página web del SACS en la Pestaña de Recaudo</b> 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. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Verifique el monto a cancelar en la Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas de Nivel Central. Asimismo, los Pagos deben realizarse a <b>Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria</b> , de acuerdo a lo indicado en el link <b>"Para Cancelar Tarifas y Multas" / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas</b> , 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.21-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022