

## Contralorías Sanitarias Estadales

### División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos Recaudos para la Anulación y Corrección de Oficios por Errores Atribuibles al Administrado

**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 Estatal que corresponda. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Emitida por el Representante Legal de la Empresa, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Inscripción en el MPPS, Dirección, Teléfono, Motivo y Fecha de la Solicitud). Coloque firma del Representante Legal, Sello Húmedo de la Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Oficio emitido por el SACS, que será objeto de Anulación y Corrección. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Documento escaneado que este legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Soportes que avalen la Anulación y Corrección del Oficio. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Documentos escaneados que estén legibles.	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 <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Estatal / Drogas Medicamentos y Cosméticos</b> . 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.25-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022