

**Contralorías Sanitarias Estadales**
**División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos**
**Recaudos para la Renovación del Permiso Sanitario de Establecimientos de Producción de Cosméticos Artesanales**

**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	Formulario Solicitud de Permiso de Sanitario de Establecimientos de Producción de Cosméticos Artesanales. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	En la <b>página web del SACS</b> en la Pestaña de <b>Recaudo</b> descargue y llene el formulario. Coloque firma del Representante Legal de la Empresa. Sello Húmedo de la Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Plano Interno del Local, con Memoria Descriptiva. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Anexe el plano indicado, según lo solicitado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Listado de los Productos Cosméticos Artesanales <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Que se pretenden expender en el establecimiento (Documento escaneado que sea legible).	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 / Cosméticos Artesanales</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 <b>Página WEB del SACS</b> .	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.32-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022