

## Contralorías Sanitarias Estadales

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

#### Recaudos para la Renovación del Permiso de Funcionamiento de Droguerías

#### Notas:

- 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.
- 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 Estadal 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 y Fecha de la Solicitud). Coloque firma del Representante Legal, Sello Húmedo de la Empresa.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Último cambio de Regencia. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Documento escaneado que sea legible.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Plano de las Áreas del Establecimiento. <b>(Imagen en Formato PDF y en Físico).</b>	Anexe el plano indicado, según lo solicitado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	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"/>
5	Comprobante de Pago. <b>(Imagen en Formato PDF).</b>	Verifique el monto a cancelar en la Página <b>WEB del SACS / Tarifas / Nivel Estadal / 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.09-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022