

**CONDICIONES GENERALES PARA LA TRAMITACIÓN**

- ✓ Esta solicitud solo aplica a los **Hospitales Públicos y/u otras Instituciones Públicas.**
- ✓ En el caso de los hospitales públicos, deberán anexar la copia del certificado de habilitación vigente.
- ✓ En caso de no poseer el certificado de habilitación vigente, o que se encuentre en trámite, se le aprobará con la condición de que soliciten su habilitación para la próxima renovación del certificado.
- ✓ La DIGEMAPS y/o la DNCD puede cancelar el trámite si se comprueba falta de veracidad en la información entregada.
- ✓ Toda la documentación recibida debe encontrarse enteramente legible, sin alteraciones ni tachaduras.
- ✓ Todos los requerimientos exigidos para el depósito de solicitudes ante la DIGEMAPS se encuentran contemplados en la Ley 50-88 sobre Drogas y Sustancias Controladas.
- ✓ La DIGEMAPS y/o la DNCD se reservan el derecho de solicitar otros documentos de considerarlo pertinente.
- ✓ Para la tramitación debe depositar la solicitud en la Ventanilla Única de Servicios del Ministerio de Salud Pública.
- ✓ **Vigencia del certificado:** 1 año, renovable.
- ✓ **Costo del servicio:** Exonerado
- ✓ **Tiempo de respuesta:** 45 días hábiles

**REQUISITOS GENERALES, ADMINISTRATIVOS Y DE CALIDAD**

| REQUISITOS | SOLICITANTE |     | VENTANILLA ÚNICA<br>DE SERVICIOS |    |
|------------|-------------|-----|----------------------------------|----|
|            | SI          | N/A | CUMPLE                           |    |
|            |             |     | SI                               | NO |

**NUEVA SOLICITUD CERTIFICADO (CIDC) Clase B**

|    |  |                          |  |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | <b>Formulario de Solicitud de Inscripción de Drogas Controladas (CIDC) Clase B</b>   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | a. Descargar y completar el formulario FORM-DNCD-PQ-005-V2 desde la página web de la DNCD:<br>b. <a href="http://www.dncd.gob.do/images/docs/FormularioB.pdf">http://www.dncd.gob.do/images/docs/FormularioB.pdf</a> | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | c. Formulario completo y legible y sin tachaduras  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <b>Copia de la cédula del representante de la entidad</b>  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <b>Copia de la cédula del farmacéutico responsable</b>   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <b>Copia del Título del farmacéutico responsable</b>   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <b>Copia del Exequátur del farmacéutico responsable</b>  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**RENOVACIÓN CERTIFICADO (CIDC) Clase B**

|    |  |                          |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | <b>Formulario de Solicitud de Inscripción de Drogas Controladas (CIDC) Clase B</b>   | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | a. Descargar y completar el formulario FORM-DNCD-PQ-005-V2 desde la página web de la DNCD:<br>b. <a href="http://www.dncd.gob.do/images/docs/FormularioB.pdf">http://www.dncd.gob.do/images/docs/FormularioB.pdf</a> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|    | c. Formulario completo y legible y sin tachaduras  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <b>Copia del certificado anterior</b>  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <b>Copia de la cédula del representante de la entidad</b>  | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <b>Copia de la cédula del farmacéutico responsable (Solo aplica si hubo cambio)</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <b>Copia del Título del farmacéutico responsable (Solo aplica si hubo cambio)</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <b>Copia del permiso de apertura y/o habilitación del establecimiento vigente, o copia del volante de renovación sellado por Ventanilla Única de Servicios (solo si aplica)</b>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <b>Copia del Exequátur del farmacéutico responsable (Solo aplica si hubo cambio)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |