

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 DE SERVICIOS					
		SI	N/A		CUMPLE		SI	NO				
					SI	NO						
NUEVA SOLICITUD CERTIFICADO (CIDC) Clase B												

1.	Formulario de Solicitud de Inscripción de Drogas Controladas (CIDC) Clase B	<input type="checkbox"/>	<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: http://www.dncd.gob.do/images/docs/FormularioB.pdf	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Copia de la cédula del representante de la entidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Copia de la cédula del farmacéutico responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Copia del Título del farmacéutico responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Copia del Exequátor del farmacéutico responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RENOVACIÓN CERTIFICADO (CIDC) Clase B					
1.	Formulario de Solicitud de Inscripción de Drogas Controladas (CIDC) Clase B	<input type="checkbox"/>	<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: http://www.dncd.gob.do/images/docs/FormularioB.pdf	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Copia del certificado anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Copia de la cédula del representante de la entidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Copia de la cédula del farmacéutico responsable (Solo aplica si hubo cambio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Copia del Título del farmacéutico responsable (Solo aplica si hubo cambio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Copia del Exequátor del farmacéutico responsable (Solo aplica si hubo cambio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>