



Secretaría de  
**Salud**  
Gobierno de Baja California Sur

**Secretaría de Salud de Baja California Sur**  
**Instituto de Servicios de Salud**  
Dirección General  
Unidad de Transparencia



**CIUDADANO.**  
**PRESENTE.**

Por medio del presente y en vía de respuesta a su solicitud de información mediante Plataforma Nacional de Transparencia (SISAI 2.0), con el número de folio **03007072400013**, de fecha 30 de Abril del presente año. Donde se solicita la siguiente información, entre otras cosas:

**Buenas tardes, por medio de la presente solicito su ayuda para saber cuáles son los lineamientos y requisitos para poder dar de alta y operar una farmacia en la ciudad de Loreto. De ate mano agradezco su atención.**

Atendiendo a su petición, le informo que su solicitud se remitió a la **Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**, teniendo respuesta el día 09 de Mayo del presente año, con número de despacho **00008355**, misma que se anexa al presente escrito en la modalidad solicitada por usted. Por lo dispuesto en los artículos 6, 9, 123, 138 y demás relativos y aplicables de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Baja California Sur.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE.**



**LIC. JESÚS ISMAEL SEPÚLVEDA GONZÁLEZ**  
**TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD**  
**E INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA CALIFORNIA SUR.**

CCP.  
- LIC. JESÚS ISMAEL SEPÚLVEDA GONZÁLEZ - TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA - PRESENTE.  
- ARCHIVO.

JISG/AJLA



"2024, Año del 75 Aniversario de la Publicación del Acuerdo de Colonización del Valle de Santo Domingo"

La Paz, Baja California Sur mayo 09; del 2024

**Oficio interno: DJC/273/2024**

**Asunto.- Se da contestación a solicitud de información**

**Lic. Jesús Ismael Sepúlveda González**  
**Secretaría de Salud y del Instituto de Servicios de Salud de**  
**Baja California Sur**  
**Presente**



En relación al requerimiento dentro del oficio con folio de despacho 7731, de fecha 30 de abril del 2024, con motivo de la solicitud de información registrada en la Plataforma Nacional de Transparencia, con folio 030070724000013, de fecha 30 de abril del año en curso, en el que requiere lo que a continuación se transcribe en su parte conducente:

***"!...solicito su ayuda para saber cuáles son los lineamientos y requisitos para poder dar de alta y operar una farmacia en la ciudad de Loreto."***

De conformidad con el numeral 131 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Baja California Sur, se le informa lo siguiente:

Para el alta de farmacia; se utiliza la plataforma autogestiva denominada DIGIPRIS ( <https://digipris.cofepris.gob.mx/> )

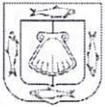
Los requisitos documentales para el alta de una farmacia son:

**En caso de persona moral:**

- Constancia fiscal en archivo PDF
- Acta constitutiva de la empresa PDF
- Poder que acredite al Representante Legal PDF
- INE del representante legal por ambos lados en PDF

**En caso de persona física:**

- Constancia fiscal en archivo PDF
- INE del propietario por ambos lados en PDF



**Para farmacia con venta de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes;** además de lo anterior deberá presentar en ventanilla del Centro Integral de Servicios (CIS) de su localidad lo siguiente:

- COFEPRIS-05-001-G Solicitud de Expedición de Licencia Sanitaria para Establecimiento de Insumos para la Salud.
- COFEPRIS-05-011 Aviso de Responsable Sanitario (Trámite autogestivo en la plataforma DIGIPRIS)
- COFEPRIS-03-005 Permiso de Libros de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos.

(Se anexan guías de los trámites).

De conformidad con los artículos 16 fracción VI y 26 fracciones VII y XI de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Baja California Sur, 4 inciso B, fracción I, 25 y 27 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de Baja California Sur, publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur el día 31 de agosto de 2017, 3 fracción XXX, 4 fracción I y artículo 7 del Reglamento de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de Baja California Sur, publicado en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado el 10 de abril del 2011 y su modificación publicada en el misma fuente el día 10 de agosto del 2020

Lo que hago de su conocimiento para los fines legales correspondientes, sin otro particular, reciba un cordial saludo

Atentamente

Comisionada Estatal

Dra. Ethna Klebsiela Quiroz León



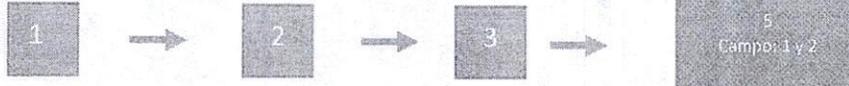
SECRETARIA DE SALUD  
EN EL ESTADO DE  
BAJA CALIFORNIA SUR

JN/SVGG

HOMOCLAVE: COFEPRIS-05-001-G

NOMBRE: Solicitud de Expedición de Licencia Sanitaria para Establecimiento de insumos para la Salud.

MODALIDAD: Modalidad G .- Farmacia o Botica o Droguería(Con Venta de Medicamentos Controlados)



**REQUISITOS**

- ❖ FORMATO ORIGINAL Y COPIA DEBIDAMENTE REQUISITADO
- ❖ CREDENCIAL PARA EJERCER Y/O TITULO Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE
- ❖ COMPROBANTE DE DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO
- ❖ CREDENCIAL DE ELECTOR DE PERSONA AUTORIZADA
- ❖ RFC
- ❖ CREDENCIAL DE ELECTOR DE REPRESENTANTE LEGAL
- ❖ PODER NOTARIAL Y ACTA CONSTITUTIVA

Original y dos copias del comprobante de pago de derechos, en términos de la Ley Federal de Derechos.

**CLAVE SCIAN**

**464112.** Farmacia con minisúper (con venta de medicamento controlado biológico y/o hemoderivados).

**464111.** Farmacia sin mini súper (con venta de medicamento controlado biológico y/o hemoderivados).

HOMOCLAVE: COFEPRIS-05-011

NOMBRE: Aviso de Responsable Sanitario de insumos para la Salud del establecimiento que opera con Licencia Sanitaria.



REQUISITOS

- ❖ FORMATO ORIGINAL Y COPIA DEBIDAMENTE REQUISITADO
- ❖ CREDENCIAL PARA EJERCER Y/O TITULO Y CEDULA DEL MEDICO RESPONSABLE
- ❖ COMPROBANTE DE DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO
- ❖ CREDENCIAL DE ELECTOR DE PERSONA AUTORIZADA
- ❖ RFC
- ❖ CREDENCIAL DE ELECTOR DE REPRESENTANTE LEGAL
- ❖ PODER NOTARIAL Y ACTA CONSTITUTIVA

CLAVE SCIAN

- 464112. Farmacia con minisúper (con venta de medicamento controlado biológico y/o hemoderivados).
- 464111. Farmacia sin mini súper (con venta de medicamento controlado biológico y/o hemoderivados).

**HOMOCLAVE:** COFEPRIS-03-005

**NOMBRE:** PERMISO DE LIBROS DE CONTROL DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS.



**REQUISITOS**

- ❖ FORMATO ORIGINAL Y COPIA DEBIDAMENTE REQUISITADO
- ❖ COPIA DE LA LICENCIA SANITARIA
- ❖ COPIA DEL AVISO DE RESPONSABLE SANITARIO
- ❖ LIBROS
- ❖ COPIA DE RECIBO DE FINANZAS

**CLAVE SCIAN**

**464112.** Farmacia con minisúper (con venta de medicamento controlado biológico y/o hemoderivados).

**464111.** Farmacia sin mini súper (con venta de medicamento controlado biológico y/o hemoderivados).

**CONCEPTO DE PAGO**

**IV. AUTORIZACION DE LIBROS PARA MEDICAMENTOS ESTUPERFACIENTES Y PSICOTROPICOS**

**\$536**