

Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesionales de Salud

División de Profesionales de Salud

Recaudos para la Certificación de Tercero como Profesional de la Salud Firmante (Exterior)

Nota: El Sistema de Registro de Profesionales de la Salud otorga a los Usuarios una cita de consignación de Recaudos en la División de Profesionales de Salud – Sede Central del SACS.

N°	Recaudo	VERIFICADO
1	Cédula de Identidad laminada vigente del Titular de la Solicitud	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Documento a Certificar (la fotocopia de este documento deberá ser de la página en donde aparece la firma del Profesional a certificar)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	El costo de la solicitud deberá realizarse de manera individual. Verifique el monto a cancelar vigente en la Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas Nivel Central efectuando su cancelación en las Cuentas Bancarias: BANESCO Cuenta Corriente N° 01341099230001000057, Banco de Venezuela Cuenta Corriente N°. 01020762210000021296, a Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria SACS, RIF: G-20007772-7.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Planilla de Solicitud del Trámite Administrativo generada a través del Sistema de Registro de Profesionales de Salud, ubicado en la Página WEB del SACS / Sistemas en Línea.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Poder Notariado a la Persona Autorizada, en caso de no ser el Titular quien realiza el trámite administrativo.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nota: Toda Solicitud de Certificación requerida para el Exterior tardará Un (1) mes a partir de su fecha de consignación, por lo que se sugiere tomar las previsiones, en virtud de que no se habilitan estos documentos.

El Comprobante de Pago se deberá entregar al retirar el documento.

La verificación de los datos de la solicitud con los actores involucrados, se efectuará una vez autorizada la solicitud por parte de la máxima autoridad del servicio autónomo de contraloría sanitaria.

DIVISIÓN		DIRECCIÓN
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.05-MEEPS-PS-OPP-JULIO 2022