



000042

Nº _____

CIRCULAR

PARA: **CONTRALOR (A) SANITARIO ESTADAL**

DE: **DIRECCIÓN GENERAL DEL SERVICIO AUTÓNOMO
DE CONTRALORÍA SANITARIA.**

ASUNTO: **Consignación de comprobante de pago para trámites.**

FECHA: **14/11/2018.**

Me dirijo a usted, en ocasión de extenderle un saludo Patriótico, Bolivariano, Revolucionario y Socialista, y a su vez hacer de su conocimiento que a partir de la presente fecha se deberá exigir como condición obligatoria a nuestros usuarios del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria **la consignación del comprobante de pago según el trámite realizado; en las oficinas Estadales.**

Sin otro particular al que hacer referencia se despide de usted,

Atentamente,


OMCAR G. CALDERA RAMÍREZ
Director General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria
Resolución Nº 156 del 22/07/2018
Gaceta Oficial Nº 41.445 del 23/07/2018



“Vigilando la Salud de Todas y Todos”

Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324, El Silencio, Caracas-Venezuela.
Telf: (0212) 408 05 01 al 05. Fax: (0212) 408.05.05. <http://www.sacs.gob.ve/>