

## Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud

### División de Profesiones de Salud

#### Recaudos para el Registro de Auxiliar de Farmacia por Experiencia

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

N°	Recaudo	VERIFICADO
1	Carta de Buena Conducta, expedida por el Farmacéutico Regente de la Farmacia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Cédula de Identidad laminada vigente del Titular de la Solicitud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Constancia de Aprobación de Recaudos expedida por la Dirección Estatal de Salud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Constancia de Postulación, expedida por el Farmacéutico Regente de la Farmacia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Constancia de Registro como Aprendiz de Farmacia emitida por esta Oficina.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Constancia de Trabajo firmada por el Farmacéutico Regente de la Farmacia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	El costo de la solicitud deberá realizarse de manera individual. Verifique el monto a cancelar vigente en la <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Tarifas Nivel Central</b> 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"/>
8	Notas Certificadas de Bachiller.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Título de Bachiller.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	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"/>
11	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: Esta Solicitud tiene un lapso de tres (3) días para su revisión y aprobación.**

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

FO.11-MEEPS-PS-OPP-JULIO 2022