

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

### División de Profesiones 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 Profesiones 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 <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"/>
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"/>
<p><b>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.</b>  <b>El Comprobante de Pago se deberá entregar al retirar el documento.</b>  <b>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.</b></p>		

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

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