

Dirección de Legalización y Vigilancia del Libre Ejercicio de los Profesionales de la Salud

División de Registro y Control de los Profesionales de la Salud

Recaudos para la Certificación de Registro de Programa de Postgrado en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (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	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"/>
2	Presentar para cotejo Título original del Postgrado del Profesional de la Salud debidamente registrado ante el SACS.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Presentar para cotejo Cédula de Identidad laminada del Profesional de la Salud titular de la solicitud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Contenido Programático (programa) de la especialidad emitida por la Institución Formadora debidamente firmado y con sello húmedo.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	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"/>
<p>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.</p>		

DIVISION		DIRECCION
RECIBIDO POR	VERIFICADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Cargo: _____	Cargo: _____	Cargo: _____
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

FO.07-MEEPS-PS-OPP-JULIO 2022