

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 el Registro de Aprendiz de

Farmacia

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	Certificado de Instrucción de 3er año.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Constancia de Aprobación de Recaudos expedida por la Dirección Estatal de Salud.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Constancia de Trabajo firmada por el Farmacéutico Regente de la Farmacia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	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"/>
7	Notas Certificadas de 3er año o de Educación Básica.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	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"/>
9	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.		

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

FO.09-MEEPS-PS-OPP-JULIO 2022