

SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA (SACS).

CATEGORIA: SALUD / SUBCATEGORÍA: CONTRALORÍA SANITARIA

"Si los datos cargados para el documento público son erróneos, la legalización o apostilla será rechazada."

Solicitante:

Titular:

Seleccione

País de Destino:

Seleccione

Tipo de Trámite:

Categoría:

SALUD

Sub Categoría:

CONTRALORÍA SANITARIA

Documento Público: 

Fecha de Expedición

DD-MM-AAAA

Número de Solicitud (N.S)

N°

Organismo Emisor:

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Suscriptor:

TIPOS DE DOCUMENTOS SACS

Certificación de haber cumplido el Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina (Exterior)
Certificación de Registro como Profesional en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Exterior)
Certificación de Registro de Institución Formadora en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Exterior)
Certificación de Registro de Programa de Postgrado en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Exterior)
Certificación de Registro de Título de Postgrado en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Exterior)
Certificación de Registro en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Exterior)
Certificación de Tercero como Profesional de la Salud Registrado en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Exterior)
Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura
Certificado de Libre Venta
Certificado No Objeción

ORGANISMO EMISOR

SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA (SACS).

CATEGORIA: SALUD / SUBCATEGORÍA: CONTRALORÍA SANITARIA

"Si los datos cargados para el documento público son erróneos, la legalización o apostilla será rechazada."

Solicitante:

Titular:

Seleccione

País de Destino:

Seleccione

Tipo de Trámite:

Categoría:

SALUD

Sub Categoría:

CONTRALORÍA SANITARIA

Documento Público: ?

Fecha de Expedición

DD-MM-AAAA

Número de Solicitud (N.S)

N°

Organismo Emisor:

Ministerio del Poder Popular para la Salud

Suscriptor:





TÍTULO DEL DOCUMENTO SACS

Quien suscribe, _____, en su carácter de Director General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, en ejercicio de la delegación conferida abajo referenciada y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Salud, **CERTIFICA** que el documento que antecede relacionado con:

_____, presentado por el ciudadano(a): _____, titular de la Cédula de Identidad/Pasaporte N°: _____, está refrendado por el Profesional de la Salud, ciudadano(a): _____, titular de la cédula de identidad N° _____, quien posee el título de: _____, conferido por la institución formadora: _____, el cual se encuentra registrado con la Matrícula N°: _____, Folio: _____, con fecha: _____ de _____ de 1____ del Libro Electrónico de Actas de la División de Regulación y Control de Profesiones de Salud de este Servicio Autónomo del Ministerio del Poder Popular Para la Salud.

Certificación que se evita su titularidad en la ciudad de Caracas, a _____ de _____ de _____.

**FECHA DE EXPEDICIÓN
DÍA – MES – AÑO**

**FIRMA
Y
SELLO**

NOMBRES Y APELLIDOS

SUSCRIPTOR

NÚMERO DE SOLICITUD

Este Documento está Firmado por _____
de la Página Web: <http://www.profesionalesdepsalud.gov.ve>

N.S. _____
Este T. _____
BANCO _____

SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA
Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 304, 11 Simón Caracas Venezuela
Tlf. 0212-408.05.91 al 05. Fax: 0212-408.05.05. Página Web: <http://profesionalesdepsalud.gov.ve>