

	<b>CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA</b>	<b>Código:</b> <b>CSSP-JVPO-AP-7-2</b>	
	<b>CERTIFICADO DE CAPACIDAD PARA PERSONAL AUXILIAR</b>	<b>Versión: 02</b>	
<b>Fecha: 17/03/2023</b>			
<b>Página 1 de 1</b>			

### CERTIFICADO DE CAPACIDAD PARA PERSONAL AUXILIAR

El infrascrito doctor en Cirugía Dental: \_\_\_\_\_,  
con número de Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica: \_\_\_\_\_  
y con Documento Único de Identidad número: \_\_\_\_\_. Por este medio  
certifico que: Sr(a).o Srita. \_\_\_\_\_, Con Documento  
Único de Identidad número: \_\_\_\_\_ ha laborado en: (nombre del  
establecimiento) \_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_,  
en las fechas comprendidas desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ con un  
horario: \_\_\_\_\_. Por lo tanto está capacitada para desempeñarse como:  
\_\_\_\_\_. Y para ser presentada a la Junta de  
Vigilancia de la Profesión Odontológica en cumplimiento al Art. 30 del Código de Salud  
y Art. 6 numeral 7 de la Ley del Ejercicio de la Profesión Odontológica y sus actividades  
auxiliares.

F. \_\_\_\_\_

SELLO