

	<b>CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA</b> <b>JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN</b> <b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>Código:</b> <b>CSSP-JVPLC-AP-1-3</b>	
	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE</b>	<b>Versión: 03</b>	
		<b>Fecha: 08/08/2023</b>	
		<b>Página 1 de 5</b>	

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE

Datos personales del profesional

Registro No.: \_\_\_\_\_

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

3. Dirección particular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Trabajo Actual: \_\_\_\_\_

5. Dirección trabajo Actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

6. Número de DUI: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

7. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

8. Graduado en la Universidad de: \_\_\_\_\_

9. Profesión: \_\_\_\_\_

10. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

11. Fecha de Graduación: \_\_\_\_\_ Fecha de Incorporación: \_\_\_\_\_

**12. Referencias personales, nombre de dos profesionales en Laboratorio Clínico, con su respectivo número de Inscripción en esta Junta.**

Licenciado/a \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Licenciado/a \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO

	<b>CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA</b> <b>JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN</b> <b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>Código:</b> <b>CSSP-JVPLC-AP-1-3</b>	
	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE</b>	<b>Versión: 03</b> <b>Fecha: 08/08/2023</b> <b>Página 2 de 5</b>	

(COMPLETAR SOLICITUD)

SEÑORES

JUNTA DE VIGILANCIA DE LA  
PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO

PRESENTE. -

YO, \_\_\_\_\_, MAYOR DE EDAD, CON  
NÚMERO DE DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_, LICENCIADO (a)  
EN LABORATORIO CLÍNICO, A USTEDES ATENTAMENTE SOLICITO SER INSCRITO EN  
EL REGISTRO DE PROFESIONALES CORRESPONDIENTE, CONFORME A LAS  
DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES DE LA LEY DEL CONSEJO SUPERIOR DE  
SALUD PÚBLICA Y DE LAS JUNTAS DE VIGILANCIA DE LAS PROFESIONES DE SALUD,  
PARA LO CUAL ACOMPAÑA LOS DOCUMENTOS QUE ESE ORGANISMO REQUIERE.

SAN SALVADOR, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

F: \_\_\_\_\_

	<b>CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA</b> <b>JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN</b> <b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>Código:</b> <b>CSSP-JVPLC-AP-1-3</b>	
		<b>Versión: 03</b>	
<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE</b>		<b>Fecha: 08/08/2023</b>	
		<b>Página 3 de 5</b>	

(SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SELLO DE IDENTIDAD PERSONAL)

SEÑORES

JUNTA DE VIGILANCIA DE LA  
PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO  
PRESENTE. -

YO, \_\_\_\_\_ MAYOR DE EDAD, CON NÚMERO DE DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_ EXPEDIDO EN \_\_\_\_\_, CON NÚMERO DE JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO \_\_\_\_\_, CON EL FIN DE DARLE CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 313 Y 314 DEL CÓDIGO DE SALUD, SOLICITO SE ME AUTORICE LA ELABORACIÓN DE UNO O DOS SELLOS DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL, LOS CUALES SERÁN ELABORADOS POR LA FÁBRICA DE SELLOS DE HULE. \_\_\_\_\_

(nombre y dirección de imprenta)

SAN SALVADOR, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

F: \_\_\_\_\_

NOMBRE:

	<b>CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA</b> <b>JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN</b> <b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>Código:</b> <b>CSSP-JVPLC-AP-1-3</b>	
		<b>Versión: 03</b>	
<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE</b>	<b>Fecha: 08/08/2023</b>		
	<b>Página 4 de 5</b>		

LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 313 Y 334 DEL CÓDIGO DE SALUD , AUTORIZA A LA FÁBRICA DE SELLOS DE HULE \_\_\_\_\_ PARA LA ELABORACIÓN DE UNO O DOS SELLOS DEL ( a ) LICENCIADO (a) o TECNÓLOGO MÉDICO EN LABORATORIO CLÍNICO \_\_\_\_\_ , EL CUAL DEBERÁ TENER EL NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL, PRECEDIDO DE LA MENCIÓN DEL TÍTULO ACADÉMICO QUE PODRÁ ABREVIARSE Y EN LA PARTE INFERIOR LA CLASE DE TÍTULO Y EL NÚMERO DE INSCRIPCIÓN DEL PROFESIONAL EN LA J.V.P L.C.

MODELO DE SELLO:

MEDIDAS:

4.7 Cms. X 1.8 Cms



	<b>CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA</b> <b>JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN</b> <b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<b>Código:</b> <b>CSSP-JVPLC-AP-1-3</b>	
	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE</b>	<b>Versión: 03</b> <b>Fecha: 08/08/2023</b> <b>Página 5 de 5</b>	

## REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES EN LABORATORIO CLÍNICO

1. Título original extendido por la Universidad respectiva (solamente para confrontar con copia)
2. El título original deberá estar autenticado por el Ministerio de Educación. (anexar copia de auténtica)
3. Fotocopia de Título tamaño carta
4. Fotocopia de Documento Único de Identidad (DUI)
5. Partida de Nacimiento original (reciente por lo menos 6 meses)
6. Pago de derechos por inscripción \$27.14
7. 1 fotografía tamaño cédula (de tiempo, papel granulado, blanco y negro, y traje formal). Se tomará fotografía para diploma el día que presente solicitud de inscripción.
8. Constancia de finalización del servicio social (con sello original)
9. Completar los formularios adjuntos a datos personales, solicitud y autorización de sellos de identificación profesional.
10. Estar solvente de anualidades del número provisional de egresado/a. (Presentar fotocopia de recibos).
11. Elaboración de sello:
  - \$10.00 No. 9412
  - \$12.00 No. 4912
  - \$7.00 No. 9012