

## JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO

*Datos Personales del profesional*

*Registro No.* \_\_\_\_\_

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

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

3. *Dirección particular:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Tel.* \_\_\_\_\_

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

5. *Dirección trabajo actual:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Tel.* \_\_\_\_\_

6. *Número de Documento Único de Identidad (DUI):* \_\_\_\_\_

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

8. *Estado Civil:* \_\_\_\_\_ *NIT:* \_\_\_\_\_

9. *Graduado en la Universidad de:* \_\_\_\_\_

10. *Profesión:* \_\_\_\_\_

11. *Correo electrónico:* \_\_\_\_\_

12. *Fecha de Graduación:* \_\_\_\_\_

13. *Fecha de incorporación:* \_\_\_\_\_

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

*LIC.* \_\_\_\_\_ *No.* \_\_\_\_\_

*LIC.* \_\_\_\_\_ *No.* \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTE**

\_\_\_\_\_  
**SECRETARIO**

(COMPLETAR ESTA 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  
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: \_\_\_\_\_

( 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 IDENTIFI-  
CACIÓN PROFESIONAL, LOS CUALES SERÁN ELABORADOS POR LA FÁBRICA DE -----  
SELLOS DE HULE. \_\_\_\_\_  
(nombre y dirección de imprenta)**

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

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

**NOMBRE :**

**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 MÓDICO EN LABORATORIO CLÍNICO \_\_\_\_\_, EL CUAL DEBERÁN 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**





## 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 \$22.85**
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