



**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA  
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PERSONAL AUXILIAR  
HIGIENISTA DENTAL**

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

**JVPO-H** \_\_\_\_\_

1. Nombre completo \_\_\_\_\_
2. Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
3. Estado civil \_\_\_\_\_
4. DUI. No \_\_\_\_\_
5. NIT. No \_\_\_\_\_
6. Dirección de domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Tel. domicilio \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_
8. Lugar de trabajo \_\_\_\_\_
9. Dirección lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Estudios realizados \_\_\_\_\_ Fecha de graduación \_\_\_\_\_
11. Odontólogo que avala \_\_\_\_\_ JVPO No. \_\_\_\_\_
12. Correo electrónico \_\_\_\_\_

PEGAR FOTO

\_\_\_\_\_  
**SOLICITANTE**

**ESPACIO RESERVADO PARA LA RESOLUCIÓN DE LA  
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Acta de sesión No. \_\_\_\_\_

La Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, teniendo en cuenta la información presentada y considerando legalidad de la documentación adjunta a la presente solicitud resuelve:

CONCEDER AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA EL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DE ASISTENTE DENTAL Y SER INSCRITO EN EL LIBRO DE REGISTROS DE ASISTENTES DENTALES CON EL No. \_\_\_\_\_

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

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