



CONSEJO  
SUPERIOR  
DE SALUD  
PÚBLICA



## **CARRERAS AUXILIARES JVPM**

### **REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN EN LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**

#### **Programa Especial para Optometristas Empíricos en Servicio Activo**

- 1) *Llenar hoja de datos (Nombre y estado civil, de acuerdo a Documento Único de Identidad)*
- 2) *Solicitud de inscripción (Ver modelo y completar).*
- 3) *Carta de Institución donde labora, en dicha carta debe de establecerse las funciones a realizar y el tiempo aproximado en el cual presta sus servicios, Original*
- 4) *Constancia de Universidad, en donde conste que es estudiante activo, Original*
- 5) *Carta de la Asociación de la Asociación Salvadoreña de Optometristas, Ópticos y Asesores Visuales (ASOOAV) en donde conste que es miembro de esta. Original.*
- 6) *DUI del Profesional, Original y fotocopia*
- 7) *Original partida de nacimiento, con vigencia de 6 meses.*
- 8) *Dos fotos recientes tamaño cédula (Traje formal, no de minuto, digital ni escaneada) (pegar una foto en hoja de datos)*
- 9) *Posterior a revisión de documentos en la Junta Médica, deberá cancelar \$ 1.71 (anexar fotocopia del recibo de cancelación).*
- 10) *El trámite de renovación deberá realizarse cada 6 meses*

**Nota: LOS DOCUMENTOS ANTERIORES DEBEN ORDENARSE CONFORME A LOS NUMERALES ANTERIORES EN FÓLDER TAMAÑO CARTA DE COLOR ROJO CON SU RESPECTIVO FASTENER.**

**Señores Miembros de la Junta de  
Vigilancia de la Profesión Médica  
Presente.**

**Yo,** \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio (dirección completa)  
\_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_, solicito inscripción  
en el Programa Especial para Optometristas empíricos en Servicio activo, jurando  
someterme y cumplir con las disposiciones del Presente Código de Salud, sus  
reglamentos y todas las leyes vigentes y futuras relacionadas con la salud.

**Autorizo a \_\_\_\_\_ con documento Único de  
identidad número \_\_\_\_\_ extendido en -  
\_\_\_\_\_ para entregar esta documentación.**

**San Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
**Firma según DUI**