

|  |
| --- |
| **CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA** |
| JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLOGICA |
| FORMULARIOS, REQUISITOS Y PROCEDIMIENTOS |

San Salvador, octubre 2012

Contenido

[PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN SERVICIO SOCIAL 4](#_Toc338063661)

[REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE EN SERVICIO SOCIAL 5](#_Toc338063662)

[FORMATO 6](#_Toc338063663)

[CONSTANCIA DE MORALIDAD Y BUENA CONDUCTA PARA ESTUDIANTES EGRESADOS QUE **INICIARAN** EL SERVICIO SOCIAL 6](#_Toc338063664)

[FORMATO 7](#_Toc338063665)

[SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN ODONTOLOGICA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL 7](#_Toc338063666)

[FORMATO 8](#_Toc338063667)

[CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN ODONTOLOGICA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL 8](#_Toc338063668)

[Inscripción de Servicio Social 9](#_Toc338063669)

[Procedimiento para inscripción permanente de profesionales 11](#_Toc338063670)

[Requisitos a cumplir para la inscripción permanente de Profesionales de Odontología 12](#_Toc338063671)

[FORMATO 13](#_Toc338063672)

[CONSTANCIA DE MORALIDAD Y BUENA CONDUCTA PARA ESTUDIANTES EGRESADOS QUE **FINALIZAN** EL SERVICIO SOCIAL 13](#_Toc338063673)

[FORMATO 14](#_Toc338063674)

[SOLICITUD DE INSCRIPCION PERMANENTE PARA PROFESIONALES 14](#_Toc338063675)

[PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE SELLOS PROFESIONALES 17](#_Toc338063676)

[DIPLOMA 17](#_Toc338063677)

[CARNÉ Y SELLO 18](#_Toc338063678)

[PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES INCORPORADOS 20](#_Toc338063679)

[REQUISITOS DE TRÁMITE PARA INCORPORACION A PROFESIONALES EXTRANJEROS. 21](#_Toc338063680)

[REQUISITOS DE TRÁMITE PARA INCORPORACION A PROFESIONALES SALVADOREÑOS CON ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO 22](#_Toc338063681)

[FORMATO 23](#_Toc338063682)

[Solicitud de asignación de plaza para realizar el Servicio Social Obligatorio para profesionales incorporados 23](#_Toc338063683)

[Procedimiento para inscripción de personal auxiliar: 25](#_Toc338063684)

[Asistentes dentales, higienistas dentales y mecánicos dentales 25](#_Toc338063685)

[Requisitos a cumplir para la inscripción de Asistentes Dentales 26](#_Toc338063686)

[Requisitos a cumplir para la inscripción de Higienistas Dentales 27](#_Toc338063687)

[Requisitos a cumplir para la inscripción de técnico dental 28](#_Toc338063688)

[SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PERSONAL AUXILIAR 29](#_Toc338063689)

[Asistentes Dentales, Higienistas Dentales y Mecánicos Dentales 29](#_Toc338063690)

[CARNÉ 30](#_Toc338063691)

[PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN PARA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN ODONTOLOGÍA: Clínicas Dentales, Depósitos Dentales y Laboratorios Dentales 31](#_Toc338063692)

[FICHA DE INSPECCION 32](#_Toc338063693)

[Establecimientos de salud. Clínicas privadas 32](#_Toc338063694)

[FICHA DE INSPECCION 34](#_Toc338063695)

[Establecimientos de salud. Clínicas públicas 34](#_Toc338063696)

[PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE SOLVENCIAS PARA PROFESIONALES 36](#_Toc338063697)

[Procedimiento para autorización de Jornadas Odontológicas 37](#_Toc338063698)

[REQUISITOS PREVIOS A LA AUTORIZACIÓN DE JORNADAS ODONTOLÓGICAS A EFECTUARSE EN EL SALVADOR PROVENIENTES DE PAISES AMIGOS 38](#_Toc338063699)

****



PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN SERVICIO SOCIAL

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pasos** | **Responsable** | **Tarea** | **Objetivo** | **Tiempo/día** | **Base Legal** |
| **1** | **Secretaria**  **Administrativa** | **Entrega documentos**  **Completos y requisitos necesarios** | **Obtener toda la información necesaria** | **1 día** | **Código de Salud** |
| **2** | **Junta Directiva JVPO** | **Revisión de**  **expedientes** | **Aprobar autorización permiso provisional**  **Queda asentado en acta de sesión ordinaria** | **3 días** | **Código de**  **Salud** |
| **3** | **Secretaria**  **Administrativa** | **Elaboración**  **de constancias** | **Ratificación**  **de autorización de permiso**  **Provisional** | **1 día** | **Código de**  **Salud** |
| **4** | **Presidente y**  **Secretario de**  **J V P O** | **Firma de**  **Constancias** | **Constancia de permiso**  **Provisional**  **Lista para**  **entrega** | **1 día** | **Código de**  **Salud** |
| **5** | **Secretaria**  **Administrativa** | **Entregar al**  **Usuario la**  **Constancia de permiso**  **provisional** | **Trámite**  **finalizado** | **1 día** | **Código de**  **Salud** |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTE EN SERVICIO SOCIAL

1.- Partida de nacimiento original y reciente

2.- Copia de carta de egresado que la Universidad envía a la Señora Ministro de Salud.

3.- Dos Fotografías tamaño cédula en blanco y negro. (Que no sean de minuto ni brillantes, traje oscuro).

4.- Copia de carta enviada por la Ministro de Salud al SIBASI, autorizando e informando el lugar donde realizarán su Servicio Social.

5.- Constancia de Moralidad y buena conducta de la Facultad de Odontología de donde egresó.

6.- Solicitud de autorización provisional para el Ejercicio de la Profesión Odontológica durante el Servicio Social.

7.- Fotocopia de DUI y NIT

8.- Pago de derechos $ 2.86

**El trámite es estrictamente personal**

# escudo nacional de El Salvador.jpgFORMATO



# CONSTANCIA DE MORALIDAD Y BUENA CONDUCTA PARA ESTUDIANTES EGRESADOS QUE **INICIARAN** EL SERVICIO SOCIAL

Señores Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica

Presente

Por este medio hago constar, y para efectos legales pertinentes comunico que el estudiante egresado de esta Facultad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha mostrado (hacer una descripción de la conducta mostrada durante sus estudios)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

San Salvador, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Nombre del Decano (a)

Sello

# escudo nacional de El Salvador.jpgFORMATO



# SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN ODONTOLOGICA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

Formulario. # 1

Señores Miembros de la Junta de Vigilancia de la profesión Odontológica.

Presente.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, de Nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Documento Único de Identidad No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, extendido en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Egresado (a) de la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y apto (a) para realizar el Servicio Social Obligatorio, ante ustedes vengo a solicitar, se me conceda permiso provisional para ejercer la Profesión Odontológica en el lugar donde he sido asignado(a), prometiendo cumplir, con las disposiciones del Código de Salud y otras leyes y normativas que rigen el ejercicio de nuestra profesión.

San Salvador, ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante





# FORMATO

# CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN PROVISIONAL PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN ODONTOLOGICA DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

LOS INFRASCRITOS, PRESIDENTE Y SECRETARIO DE LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLOGICA

HACEN CONSTAR:

Que el (la) estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha cumplido con los requisitos estipulados por el Código de Salud, para poder realizar el servicio social obligatorio, según constancia extendida por el Decano de la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y fotocopia de nota extendida por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en la que se da a conocer el inicio de su Servicio Social en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a partir del \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_\_

POR TANTO, queda inscrito (a) en el registro de estudiantes en servicio social, que para tal efecto lleva esta Junta de Vigilancia y autorizado(a) PROVISIONALMENTE para el ejercicio de la profesión odontológica en el lugar donde ha sido asignado(a), por el período de UN AÑO, a partir de esta fecha, según lo estipula la Ley del Ejercicio de la Profesión odontológica y sus actividades auxiliares vigente.

San Salvador, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_.

DIOS UNION LIBERTAD

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente Secretario

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**

Inscripción de Servicio Social

El (La) estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_años de edad, de nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con Documento Único de Identidad número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ extendido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, egresado de la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha presentado documentación reglamentaria estipulada por el Código de salud, para que se le autorice PROVISIONALMENTE para el ejercicio de la Profesión Odontológica y realizar su Servicio Social Obligatorio, la cual ha sido aceptada. Por tanto, queda autorizado(a) PROVISIONALMENTE para ejercer la Profesión Odontológica en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a partir del día \_\_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en su carácter de **estudiante egresado en Servicio Social.**

Esta Junta le entrega en esta fecha, constancia de permiso provisional para el ejercicio de la profesión odontológica, para que pueda realizar su Servicio Social en el lugar donde ha sido asignado (a)

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Presidente Secretario**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del inscrito Fecha de recibido**

Procedimiento para inscripción permanente de profesionales

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasos | Responsable | Tarea | Objetivo | Tiempo/día | Base Legal |
| 1 | Secretaria  Administrativa | Entrega requisitos y da indicaciones de documentación a presentar | Brindar la información  Necesaria | 1 día | Código de Salud |
| 2 | Junta  Directiva | Revisión de documentación presentada | Toma acuerdo y aprueba la autorización para el ejercicio permanente de la profesión | 3 días | Código de  Salud |
| 3 | Secretaria  Administrativa | Gestiona la elaboración de diplomas y Carné, entrega orden para elaborar sello | Preparar toda la documentación  ( Diplomas, Carnés) para firma  Que los usuarios obtengan su sello con su No. de registro profesional asignado | 3 días | Código de  Salud |
| 4 | Presidente y  Secretario de  J V P O | Firma de  Documentos:  Carnés y Diplomas | Documentación  Lista para ser  entregadas | 1 días | Código de  Salud |
| 5 | Secretaria  Administrativa | Revisa y registra sello | Que se Cumpla con los requisitos establecidos | 1 día | Código de  Salud |
| 6 | Junta Directiva  J V P O | Entrega de  Diplomas y  Carné | Que los nuevos  Profesionales  estén debidamente inscritos y autorizados | 1 día | Código de  Salud |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

Requisitos a cumplir para la inscripción permanente de Profesionales de Odontología

1. Dos fotografías tamaño cédula blanco y negro. Que no sea de minuto ni brillante, formal (traje oscuro).
2. 1 Fotografía tamaño 4.5 X 5.5 cm. blanco y negro, que no sea de minuto ni brillante, formal, (traje oscuro).
3. Partida de nacimiento original y reciente.
4. Resolución del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de haber terminado el Servicio Social.
5. Constancia de permiso provisional para poder realizar el Servicio Social, que le extendió la Junta de Vigilancia.
6. Constancia de fecha de investidura académica, extendida por la Universidad de donde se graduó.
7. Constancia de Moralidad y buena conducta del lugar de donde ejerció su Servicio Social.
8. Original y copia del título académico (tamaño carta u oficio).
9. Original y copia de auténtica del título académico, extendida por el Ministerio de Educación.
10. Fotocopia de DUI
11. Fotocopia de NIT
12. Pago de derechos $ 10.28

**El trámite es estrictamente personal**

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**

# FORMATO

# CONSTANCIA DE MORALIDAD Y BUENA CONDUCTA PARA ESTUDIANTES EGRESADOS QUE **FINALIZAN** EL SERVICIO SOCIAL

Señores Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica

Presente

Por este medio hago constar, y para efectos legales pertinentes comunico que el estudiante egresado en Servicio Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien fue autorizado, provisionalmente para el ejercicio de la profesión odontológica de su Servicio Social obligatorio en el establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desde el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha mostrado (hacer una descripción de la conducta que evidenció el estudiante egresado)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

San Salvador, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Nombre del Director del establecimiento donde realizó el Servicio Social Obligatorio

Sello

# FORMATO

# SOLICITUD DE INSCRIPCION PERMANENTE PARA PROFESIONALES

Señores miembros de la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica

Presente.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_ años de edad, de nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Documento Único de Identidad No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, extendido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_ con domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ graduado(a) como Doctor en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ante ustedes vengo a solicitar se me conceda permiso permanente para el ejercicio de la Profesión Odontológica en todo el territorio nacional, comprometiéndome a cumplir con las disposiciones del Código de Salud, además de otras leyes y normativas que rigen el ejercicio de nuestra profesión.

San Salvador, \_\_\_\_\_\_\_del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante





**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**

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

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Día mes año**

Lugar de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**lugar departamento país**

Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del cónyuge**

Hizo sus estudios en la Facultad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicio Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar departamento período comprendido**

Graduado con el título de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de graduación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Día mes año**

Incorporado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especializado en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distinciones profesionales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de aprobación**:**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Presidente Secretario**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de interesado**

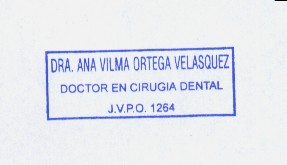
PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE SELLOS PROFESIONALES

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Secretaria Administrativa | Revisa y registra sello | Registro de sello en el  expediente  respectivo | 1 día | Código de salud |
| 2 | Junta Directiva  J V P O | Entrega  de diploma y carné | Cerrar trámite | 1 día | Código de Salud |

# DIPLOMA



# CARNÉ Y SELLO





PROCEDIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES INCORPORADOS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasos | Responsable | Tarea | Objetivo | Tiempo/día | Base Legal |
| 1 | Secretaria  Administrativa | Entrega requisitos y da indicaciones de documentación a presentar | Brindar la información  Necesaria | 1 día | Código de Salud |
| 2 | Junta Directiva | Revisión y análisis de  Expediente del interesado | Tomar acuerdo y aprobación de solicitud para gestionar ante el Ministerio de Salud la asignación de plaza | 8 días | Código de  Salud |
| 3 | Secretaria  Administrativa | Elaborar nota a Ministerio de Salud sobre solicitud de asignación de plaza en Servicio Social | Entregar la nota a interesado para la gestión. | 2 días | Código de Salud |
| 4 | Secretaria Administrativa | Recibe nota de Asignación de plaza | Prepara documentación en expediente del interesado para la Junta Directiva | 1 día | Código de Salud |
| 5 | Junta Directiva | Revisa nuevamente expediente del interesado conforme a los requisitos para tramite de permiso provisional para realizar el Servicio Social | Toma acuerdo y aprueba la autorización para el ejercicio provisional de la profesión | 8 días | Código de Salud |
| 6 | Secretaria Administrativa | Elabora constancia de autorización provisional del ejercicio de la profesión | Entrega constancias a interesado e incorpora documentación a expediente del profesional | 8 días | Código de Salud |
| 7 | Secretaria  Administrativa | Entrega requisitos y da indicaciones de documentación a presentar para trámite de autorización permanente | Brindar la información  Necesaria | 1 día | Código de Salud |
| 8 | Junta  Directiva | Revisión de documentación presentada | Toma acuerdo y aprueba la autorización para el ejercicio permanente de la profesión | 8 días | Código de  Salud |
| 9 | Secretaria  Administrativa | Elabora Diplomas y Carné, orden para sello | Preparar toda la documentación  ( Diplomas, Carnés) para firma | 8 días | Código de  Salud |
| 10 | Presidente y  Secretario de  J V P O | Firma de  Documentos:  Carnés y Diplomas | Documentación  Lista para ser  entregadas | 2 días | Código de  Salud |
| 11 | Secretaria  Administrativa | Entrega la  orden para  elabora sello | Que los usuarios obtengan su sello con su No. de registro profesional | 5 días | Código de Salud |
| 12 | Secretaria  Administrativa | Revisa y registra sello | Que se Cumpla con los requisitos establecidos | 1 día | Código de  Salud |
| 13 | Junta Directiva  J V P O | Entrega de  Diplomas y  Carné | Que los nuevos  Profesionales  estén debidamente inscritos y autorizados | 1 día | Código de  Salud |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

REQUISITOS DE TRÁMITE PARA INCORPORACION A PROFESIONALES EXTRANJEROS.

1. Partida de nacimiento original o copia autenticada.
2. Tres fotografías tamaños cédula en blanco y negro, que NO sean de minuto, formales.
3. Original y copia del título profesional y sus auténticas.
4. Original y copia del Acuerdo del Ministerio de Educación.
5. Original y copia de su carné de residente vigente, con permiso de trabajo.
6. Original y copia del pasaporte.
7. Solicitud de asignación de plaza para realizar el Servicio Social Obligatorio

**El trámite es estrictamente personal**

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

REQUISITOS DE TRÁMITE PARA INCORPORACION A PROFESIONALES SALVADOREÑOS CON ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO

1. Partida de nacimiento original o copia autenticada.
2. Tres fotografías tamaños cédula en blanco y negro, que NO sean de minuto, formales.
3. Original y copia del título profesional y sus auténticas.
4. Original y copia del Acuerdo del Ministerio de Educación.
5. Partida de nacimiento original y reciente.
6. Fotocopia de DUI
7. Fotocopia de NIT
8. Solicitud de asignación de plaza para realizar el Servicio Social Obligatorio

**El trámite es estrictamente personal**

Al ser recibida la documentación antes enumerada, la Junta le entregará una nota dirigida al Ministerio de Salud, para que le puedan asignar plaza en Servicio social, que deberá ser de un año.

\* La inscripción para obtener permiso provisional y realizar su Servicio Social, deberá tramitarse tal como ya se encuentra estipulado.

\*La inscripción para obtener permiso permanente deberá tramitarse tal como ya está estipulado. Sin embargo, éste permiso no podrá ser concedido hasta que el interesado obtenga la residencia permanente; No obstante, para efectos de seguir ejerciendo la profesión, ésta Junta podrá conceder autorizaciones temporales conforme a la solicitud del interesado.

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

# FORMATO

# Solicitud de asignación de plaza para realizar el Servicio Social Obligatorio para profesionales incorporados

Señores miembros de la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica

Presente.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_años de edad, de nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con documento de identidad personal No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, extendido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el\_\_\_ de\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_ Con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_teléfono\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_Graduado(a) como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la Facultad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el país\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ante ustedes, vengo a solicitar su gestión oportuna, para que el Ministerio de Salud me asigne plaza para realizar el Servicio Social Obligatorio con una duración de un AÑO, tal como lo establece la Ley del Ejercicio de la Profesión odontológica y sus Actividades auxiliares y así continuar con los trámites respectivos, para autorizarme provisionalmente y ejercer la profesión odontológica en el lugar donde se me asigne, comprometiéndome a cumplir con las disposiciones del Código de Salud y otras leyes y normativas que rigen el ejercicio de nuestra profesión.

San Salvador, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL INTERESADO

Procedimiento para inscripción de personal auxiliar:

Asistentes dentales, higienistas dentales y mecánicos dentales

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasos | Responsable | Tarea | Objetivo | Tiempo/ día | Base Legal | |
| 1 | Secretaria Administrativa | Entrega  requisitos e indicaciones de documentación a presentar | Brindar información necesaria | 1 día | Código de  Salud |
| 2 | Junta Directiva | Revisión de  expedientes | Aprobación de  solicitud para  ejercer como  personal auxiliar | 8 días | Código de Salud |
| 3 | Junta directiva | Ratificación  de autorización | Asignar No. de  Inscripción | 8 días | Código de Salud |
| 4 | Secretaria Administrativa | Elaboración de  Carnés | Tener carnés  listos para firma | 1 día | Código de salud |
| 5 | Presidente y  Secretaria de  J V P O | Firma de Carnés | Carnés listos  para entrega | 1 día | Código de Salud |
| 6 | Secretaria  Administrativa | Entrega de  Carnés y registro en libro respectivo | Trámite  cerrado | 1 día | Código de  Salud |

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

Requisitos a cumplir para la inscripción de Asistentes Dentales

1. Partida de nacimiento original reciente.
2. Dos constancias de capacidad, extendidas por dos odontólogos inscritos en esta Junta, que estén selladas con el sello registrado en esta Junta de Vigilancia y que se encuentren solventes con el pago de sus anualidades.
3. Dos fotografías tamaño cedula, blanco y negro que no sean de minuto, traje oscuro.
4. Copia de título de BACHILLER
5. Fotocopia de DUI y NIT
6. Pago de derechos $ 2.86
7. Pago de carné $1.71

**El trámite es estrictamente personal**

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

Requisitos a cumplir para la inscripción de Higienistas Dentales

1. Partida de nacimiento original reciente.
2. Dos fotografías tamaño cédula, blanco y negro que no sean de minuto, traje oscuro.
3. Copia de título de BACHILLER
4. Fotocopia de DUI y NIT
5. Pago de derechos $ 4.57
6. Carta de la institución donde le solicitan el número como higienista.

**El trámite es estrictamente personal**





**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

Requisitos a cumplir para la inscripción de técnico dental

1. Partida de nacimiento Original
2. Dos constancias de capacidad, extendidas por dos odontólogos inscritos en esta Junta, que estén selladas con el sello registrado en esta Junta de Vigilancia y que se encuentren solventes con el pago de sus anualidades.
3. Dos fotografías tamaño cédula, blanco y negro, que no sean de minuto ni brillantes de tiempo.
4. Carta de juramentación donde se compromete a no trabajar en boca del paciente
5. Croquis del lugar donde trabajará
6. Fotocopia de DUI y NIT
7. Pago de derechos $ 4.57

6

**El trámite es estrictamente personal**

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**



**Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica**

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PERSONAL AUXILIAR

# Asistentes Dentales, Higienistas Dentales y Mecánicos Dentales

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

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Municipio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Día\_\_\_\_\_\_\_\_Mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Cónyuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estudios Efectuados\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

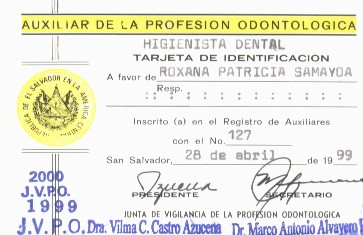
F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

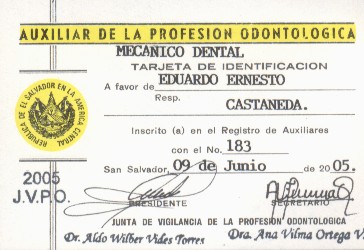
Presidente(a) Secretario(a)

F\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del Interesado(a)

# CARNÉ





PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN PARA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN ODONTOLOGÍA: Clínicas Dentales, Depósitos Dentales y Laboratorios Dentales

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasos | Responsable | Tarea | Objetivo | Tiempo/día | Base Legal |
| 1 | Unidad de Inspectoría | Recepción de expedientes | Recibir  expediente | 1 día | Código de Salud |
| 2 | Unidad de Inspectoría | Revisión de  expediente | Verificar contrato  Regente, de desechos sólidos, informe de UNRA | 1 día | Código de  Salud |
| 3 | Miembros Junta Directiva de  J V P O | Conocimiento Junta en pleno y ordenar su respectiva inspectoría | Dar el Aval a la inspectoría para realizar inspección | 1 día | Código de  Salud |
| 4 | Inspector | Inspección de establecimiento | Emitir informe | 1 día | Código de  Salud |
| 5 | Inspector | Elaboración de  informe | Remite informe | 1 día | Código de  Salud |
| 6 | Secretaría de  J V P O | Revisión de  Informe para ser avalado por Directiva de JVPO |  | 1 día | Código de  Salud |
| 7 | Secretaría de  J V P O | Remitir expediente con  Informe de  J V P O al Consejo Superior de Salud Pública | Remite informe a CSSP | 1 día | Código de  Salud |

Para traslados, apertura y funcionamiento se aplican los requerimientos Técnicos Administrativos (RTA) establecidos por el Consejo Superior de Salud Pública.

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

# FICHA DE INSPECCION

# Establecimientos de salud. Clínicas privadas

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1- Datos generales del establecimiento.**

NOMBRE DE LA CLINICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inspección: Primera vez Seguimiento

**2- Datos Generales del personal que labora en el lugar.**

NOMBRE DEL PROPIETARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

**3- Tipo de clínica Odontológica:**

1. Clínica General
2. Clínica Especializada Tipo de especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4- Área Operatoria:**

¿Cuenta con aparatos de rayos X? Sí No

¿Cuenta con conexiones de agua potable? Sí No

¿Cuenta con conexiones de aguas negras? Sí No

¿Cuenta con buena Iluminación? Sí No

¿Cuenta con buena Ventilación? Sí No

**5-Bioseguridad:**

¿Utilización de alguna forma de eliminación de Objetos corto punzantes? Sí No

¿Utilización de materiales desechables (gorros, mascarillas, guantes)? Sí No

¿Utiliza algún método de desinfección? Sí No

¿Cuenta con esterilizador? Sí No

¿Cuenta con un área de lavado y desinfección de instrumentos? Sí No

¿Utiliza lentes de protección o caretas? Sí No

¿Se observa la segregación de la basura (uso de bolsas negras y rojas)? Sí No

¿Cuenta con delantal de plomo? Sí No

**6- Área Administrativa**:

¿Se encuentra al día con su Anualidad? Sí No

¿Cuenta con una sala de Espera? Sí No

¿Cuenta con servicio sanitario para los Pacientes? Sí No

¿Cuenta con el Diploma de JVPO en un lugar visible? Sí No

¿Cuenta con el Titulo Profesional de forma visible? Sí No

¿Cuenta con el Titulo Profesional de la especialidad de forma visible? Sí No

¿Cuenta con un Área de entrevista a Paciente? Sí No

¿Cuentan con el o los sellos registrados en esta Junta? Sí No

**Otras Observaciones:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amerita realizar segunda inspección: SI Periodo para subsanar observaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO

INSPECTOR(A):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del profesional que le atendió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° JVPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

# FICHA DE INSPECCION

# Establecimientos de salud. Clínicas públicas

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1- Datos generales del establecimiento.**

1. Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ubicación del establecimiento.**

1. Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Inspección: Primera vez Seguimiento

**2- Datos Generales del personal que labora en el lugar.**

1. Profesionales que laboran en el lugar:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° JVPO\_\_\_\_\_\_\_\_

**3- Tipo de clínica Odontológica:**

1. Clínica General
2. Clínica Especializada ¿Qué tipo de especialidad?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4- Área Operatoria:**

¿Cuenta con aparatos de rayos X? Sí No

¿Cuenta con conexiones de agua potable? Sí No

¿Cuenta con conexiones de aguas negras? Sí No

¿Cuenta con buena Iluminación? Sí No

¿Cuenta con buena Ventilación? Sí No

**5-Bioseguridad:**

¿Utilización de alguna forma de eliminación de Objetos corto punzantes? Sí No

¿Utilización de materiales desechables (gorros, mascarillas, guantes)? Sí No

¿Utiliza algún método de desinfección? Sí No

¿Cuenta con esterilizador? Sí No

¿Cuenta con un área de lavado y desinfección de instrumentos? Sí No

¿Utiliza lentes de protección o caretas? Sí No

¿Se observa la segregación de la basura (uso de bolsas negras y rojas)? Sí No

¿Cuenta con delantal de plomo? Sí No

**6- Área Administrativa**:

¿Se encuentra al día con su Anualidad? Sí No

¿Cuenta con una sala de Espera? Sí No

¿Cuenta con servicio sanitario para los Pacientes? Sí No

¿Cuenta con un Área de entrevista a Paciente? Sí No

¿Cuentan con el o los sellos registrados en esta Junta? Sí No

**Otras Observaciones:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amerita realizar segunda inspección: SI Periodo para subsanar observaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO

INSPECTOR(A):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del profesional que le atendió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° JVPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO PARA LA EMISIÓN DE SOLVENCIAS PARA PROFESIONALES

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasos | Responsable | Tarea | Objetivo | Tiempo/día | Base Legal |
| 1 | Secretaria  Administrativa | Emite mandamiento de pago de solvencia al profesional | Brindar la información  necesaria | 5 minutos | Código de Salud |
| 2 | Secretaria  Administrativa | Revisa expediente del profesional Elabora constancia | Verifica registros | 20 minutos | Código de Salud |
| 3 | Presidente o Secretario | Firma Constancia |  | 5 minutos | Código de Salud |
| 4 | Secretaria  Administrativa | Entrega constancia |  |  | Código de Salud |

Procedimiento para autorización de Jornadas Odontológicas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasos | Responsable | Tarea | Objetivo | Tiempo/día | Base Legal |
| 1 | Secretaria  Administrativa | Entrega requisitos y da indicaciones de documentación a presentar | Brindar la información  Necesaria | 1 día | Código de Salud |
| 2 | Junta Directiva | Revisión y análisis de  Expediente del interesado | Tomar acuerdo, aprueba solicitud y remite a Inspectoría para programar visita | 8 días | Código de  Salud |
| 3 | Unidad de Inspectoría | Calendariza visita a los lugares en donde se realizara la Jornada | Verificación de actividades | 2 días | Código de Salud |
| 4 | Secretaría Administrativa | Elabora nota de autorización de Jornada | Notificar autorización | 1 día | Código de Salud |

** JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN ODONTÓLOGICA**

REQUISITOS PREVIOS A LA AUTORIZACIÓN DE JORNADAS ODONTOLÓGICAS[[1]](#footnote-1) A EFECTUARSE EN EL SALVADOR PROVENIENTES DE PAISES AMIGOS[[2]](#footnote-2)

**Revisado y aprobado en**

**J.V.P.O**

**Período 2011-2012**

Toda Institución pública o privada que requerirá temporalmente de profesionales extranjeros de prestigio internacionalmente reconocidos que estuvieren temporalmente en el país y fueren requeridos en consulta en materias de su exclusiva especialidad o contratados con fines de Investigación, Asesoramiento y Docencia, deberá presentar la documentación siguiente:

1. Solicitud escrita por parte de la institución interesada, dirigida a la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, firmada por el representante legal de ONG, Hospital o Institución solicitante (Unidad de Salud, Alcaldías, Clubes de Servicio, entre otros) Adjuntando la personería Jurídica, Poder de Representación y número de DUI, NIT y numero de JVPO del Odontólogo responsable de la Jornada.
2. Del odontólogo responsable: Juramento de cumplir las leyes sobre el ejercicio profesional, Solvencia económica y moral ante esta Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica
3. Un folder que contenga en apartados la siguiente información de la jornada o actividad: Nombre, Breve descripción (tipo de consultas o tratamientos), Justificación y Beneficios (cantidad estimada de pacientes que se pretende atender y costo de los Servicios) de realización de la misma, lugar donde se llevará a cabo (Dirección completa que incluya calle, Avenida, Número, colonia, ciudad, departamento, número telefónico y fax), Fechas de inicio y terminación de la Jornada. (Adjuntar horarios si es necesario). **Describir claramente las funciones del profesional extranjero odontológico y sus auxiliares dentro de la jornada.**
4. Incluir el nombramiento de tres (3) odontólogos Salvadoreños de la Especialidad relacionada con la actividad, para la vigilancia de la Jornada. Dependiendo de la cantidad de pacientes a atender, se deberá nombrar de 2 a 3. Se deberá anexar el curriculum y copias de los atestados certificados de dichos profesionales.
5. Lista completa del Personal Extranjero Odontológico y sus auxiliares, identificando al personal con el curriculum y sus atestados apostillados. La Licencia Vigente para el ejercicio profesional deberá ser apostillada en el País de origen por las autoridades correspondientes del Estado donde profesionalmente ejercen.
6. Lista completa de materiales y equipo a utilizar (según el caso) previa autorización de la Dirección General de Aduanas, si se introducirá del extranjero.
7. Nomina de los profesionales Nacionales de la Especialidad respectiva, responsables de la evolución post consulta y/o del período operatorio, de los pacientes tratados durante la jornada.

Cumplimentados los requisitos anteriores y estando en legal forma la documentación presentada, y de acuerdo los artículos 7, 8 y 9 de la LEY DEL EJERCICIO DE LA PROFESION ODONTOLOGICA Y SUS ACTIVIDADES AUXILIARES, la junta resolverá, dentro del término de 60 días contados a partir de la fecha de presentada la solicitud, autorizando o denegando el permiso de realización de la jornada.

La institución interesada enviará a la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica un reporte de lo realizado durante la Jornada posterior a su finalización.

La Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, evaluará de acuerdo a la documentación presentada y si considera necesario solicitar otros anexos lo incluirá en su resolución, para denegar o autorizar la solicitud presentada. La Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica, realizará una inspección previa al lugar, si así lo considera necesario.

Finalmente se advierte que:

No podrán desarrollarse Jornadas odontológicas con personal extranjero sin autorización. La contravención a lo anterior será sancionada por el Consejo Superior de Salud Pública, de acuerdo al Código de Salud Vigente, según artículo 32 literal b, c, ch y d.

1. Se entenderá como Jornada Odontológica al conjunto de días u horas dedicados a una serie de actos, reuniones o conferencias cuya finalidad de estos operativos sea la de hacer accesibles a las comunidades de escasos recursos la atención en materia odontológica que muchas veces es muy costosa en los centros de atención privados, y adicionalmente educar en la prevención de enfermedades bucales, sobre todo en la población infantil.

   2 De acuerdo al Código de Salud Vigente, Ley del Ejercicio de la Profesión Odontológica y sus actividades auxiliares Vigente y al Código de ética de la Profesión Odontológica Vigente. [↑](#footnote-ref-1)
2. De acuerdo al Código de Salud Vigente, Ley del Ejercicio de la Profesión Odontológica y sus actividades auxiliares Vigente y al Código de ética de la Profesión Odontológica Vigente. [↑](#footnote-ref-2)