Contenido

[PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE PROFESIONALES 2](#_Toc338070427)

[OBJETIVO 2](#_Toc338070428)

[Breve descripción del contenido 2](#_Toc338070429)

[Base Legal 2](#_Toc338070430)

[Unidades y puestos de trabajo que intervienen 2](#_Toc338070431)

[Documentos que se utilizan 3](#_Toc338070432)

[Descripción General del Procedimiento para Inscripción de Profesionales Médicos Veterinarios 3](#_Toc338070433)

[REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS VETERINARIOS EN JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICO VETERINARIA GRADUADOS EN UNIVERSIDADES DEL PAIS 4](#_Toc338070434)

[FORMATO DE AUTORIZACION PARA ELABORACION DE SALUD (ART. 313) CÒDIGO DE SALUD 5](#_Toc338070435)

[HOJA DE INSCRIPCION A JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICO VETERINARIA 7](#_Toc338070436)

[PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN Y REALIZACION DE INSPECCIONES 8](#_Toc338070437)

[FORMULARIO DE INSPECCIÓN DE CLÍNICAS VETERINARIAS 10](#_Toc338070438)

[FORMULARIO DE INSPECCION DE PELUQUERIAS, FARMACIAS VETERINARIAS Y VENTAS DE MASCOTAS 14](#_Toc338070439)

[FORMULARIO DE ACTA DE INSPECCION 16](#_Toc338070440)

[FORMULARIO DE INSPECCIÓN DE HOSPITALES VETERINARIOS 17](#_Toc338070441)

[OTROS PROCEDIMIENTOS QUE UTILIZA FRECUENTEMENTE LA JUNTA 23](#_Toc338070442)

[PROCEDIMIENTO SUMARIO PARA INSTRUIR INFORMATIVO DE LEY EN CASO DE DENUNCIA A PROFESIONALES MEDICOS VETERINARIOS 23](#_Toc338070443)

[Objetivo 23](#_Toc338070444)

[Breve Descripción del Contenido 23](#_Toc338070445)

[Base Legal 23](#_Toc338070446)

[Unidades o Puestos de trabajo que intervienen 23](#_Toc338070447)

[Documentos que se utilizan 24](#_Toc338070448)

[Descripción General del Procedimiento 24](#_Toc338070449)

[FORMATO DE ACTA DE DENUNCIA DE LA PERSONA PRESENTA EN CONTRA DEL PROFESIONAL MEDICO VETERINARIO 27](#_Toc338070450)

[FORMATO DE ACTA DE DECLARACIONES DEL PROFESIONAL MEDICO VETERINARIO DENUNCIADO 28](#_Toc338070451)

# PROCEDIMIENTO PARA LA AUTORIZACION DE PROFESIONALES

# OBJETIVO

Inscribir y autorizar al profesional Médico Veterinario para que pueda ejercer su profesión de forma legal en el país.

# Breve descripción del contenido

Por medio de este procedimiento, todos los Profesionales Médicos Veterinarios graduados en el país o en el extranjero previo cumplir con los requisitos establecidos por esta Junta, se les brinda una charla informativa para posteriormente ser juramentados y registrados en libro de profesionales Médicos Veterinarios de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, donde colocan su firma, sello profesional y se les entrega el diploma y carné de la Junta que los autoriza para ejercer su profesión.

# Base Legal

**Constitución de la República:** Art. 68.

**Código de Salud:** Art. 17 literal a) y b) y Arts. 306 al 309.

**Reglamento Interno de la JVPMV:** Arts. 8 y 16.

# Unidades y puestos de trabajo que intervienen

Secretaria administrativa

Junta Directiva

# Documentos que se utilizan

* Modelo de solicitud de inscripción
* Hoja de inscripción a JVPMV
* Requisitos para Inscripción de Profesionales Médicos Veterinarios en JVPMV graduados en universidades del país
* Requisitos para Inscripción de profesionales médicos veterinarios en JVPMV graduados en universidades del extranjero
* Autorización para la elaboración del sello
* Mandamiento de pago de ingreso

# Descripción General del Procedimiento para Inscripción de Profesionales Médicos Veterinarios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PASOS** | **RESPONSABLE** | **ACTIVIDAD** |
| 01 | Secretaria Administrativa | Brindar información sobre trámites y entrega de formatos necesarios al usuario dependiendo si es graduado del país o del extranjero para inscripción de profesionales en JVPMV. |
| 02 | Secretaria Administrativa | Recibir documentación completa del usuario requerida para iniciar trámites de inscripción en la Junta. |
| 03 | Secretaria Administrativa | Revisar que los documentos proporcionados por el usuario estén completos. De no estar completos, no puede efectuar los demás pasos hasta que presente todos los documentos respectivos. |
| 04 | Secretaria Administrativa | Elaborar mandamiento de Pago de los derechos de inscripción para el usuario, entrega autorización y formato para elaboración de sello con especificaciones. |
| 05 | Colecturía del CSSP | Usuario Paga los derechos de inscripción para poder iniciar trámites de inscripción presentando el Mandamiento de pago de ingreso. |
| 06 | Secretaria Administrativa | Usuario presenta recibo de pago de derechos de inscripción para que secretaria elabore expediente y poder continuar con el proceso de inscripción. |
| 07 | Secretaria Administrativa | Elaborar el expediente de Médico Veterinario a Inscribirse y se presenta la documentación completa a Junta Directiva. |
| 08 | Jefe de Inspectores e Inspectores | Brindan charla a Médicos Veterinarios a juramentarse para dar a conocer la la legislación que ampara la profesión y la importancia de Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, siguiendo las guías respectivas. |
| 09 | Secretaria Administrativa | Solicita a informática la elaboración de diploma y llena con los datos del profesional a inscribirse el carné  |
| 10 | Presidente y Secretario de Junta | Firmar, sellar diploma y carné de inscripción. |
| 11  | Presidente y Secretario de Junta | Juramentación del profesional y emite acuerdo de Junta respectivo |
| 14 | Sesión de Junta Directiva | Juramentación del Médico Veterinario |
| 15 | Sesión de Junta Directiva | Registrar sello y firma del Médico Veterinario en Libro Profesionales Médicos Veterinarios Inscritos en JVPMV. |
| 16 | Sesión de Junta directiva | Entregar Diploma, carné y sello de identificación profesional a Médico Veterinario. |
| 08 | Sesión de Junta Directiva  | Reciben y revisan documentos, asignan número de inscripción a los mismos y programan fecha de juramentación. |
| 09 | Sesión de Junta Directiva | Agregar en acta de sesión ordinaria de Junta Directiva JVPMV, la nómina de Médicos Veterinarios a inscribir y se fija fecha y hora de juramentación.  |
| 10 | Sesión de Junta Directiva | En sesión ordinaria de Junta Directiva JVPMV se juramenta, se firma el Libro de registro de Profesionales que lleva indicado el número asignado, se entrega carne y sello. |
| 10 | Jefe de Inspectores | Programar fecha de presentaciones de la importancia de JVPMV a Médicos Veterinarios a juramentarse |

# REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS VETERINARIOS EN JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICO VETERINARIA GRADUADOS EN UNIVERSIDADES DEL PAIS

1. Solicitud dirigida a la Junta de Vigilancia para obtener la autorización del ejercicio profesional como Médico Veterinario.
2. Llenar la hoja de inscripción.
3. Dos fotografías tamaño cédula de tiempo, **con traje formal**.
4. Original y copia de Documento Único de Identidad (DUI).
5. Original y copia de Número de Identificación Tributaria (NIT).
6. Original y copia del título académico.
7. Constancia del Centro de Estudios, en donde certifique que el título lo obtuvo cumpliendo con los requisitos establecidos en las leyes del país.
8. Constancia de haber cumplido con el servicio social de conformidad al reglamento de dicha Universidad.
9. Certificación de Registro y Autentica del Titulo extendida por el Ministerio de Educación.
10. Si fuera extranjero, presentar la certificación de Registro y Autentica del Titulo o resolución de incorporación extendida por el Ministerio de Educación.
11. Si fuera extranjero presentar la certificación de la resolución del Ministerio de Gobernación o su carné de residente
12. Recibo cancelado de los derechos respectivos de inscripción de la Profesión Médico Veterinaria, que incluye pago de anualidad, elaboración de carné y diploma.

# FORMATO DE AUTORIZACION PARA ELABORACION DE SALUD (ART. 313) CÒDIGO DE SALUD

Solicitud por primera vez 

Reposición

La Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, autoriza a (nombre de imprenta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que elabore el sello profesional, de forma rectangular con las características correspondientes, las medidas son de **3.7 cm. de largo × 1.3 cm. de ancho,** con el número de JVPMV.

Ejemplo:

 **Médico Veterinario Zootecnista Médico Veterinario**

**M.V. Nombre completo**

 **Médico Veterinario**

 **J.V.P.M.V. N° \_\_\_\_\_**

**M.V. Nombre completo**

**Médico Veterinario Zootecnista**

**J.V.P.M.V. N° \_\_\_\_\_**

Al profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Secretario de JVPMV

c.c. Archivo

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

Señores:

Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria

Presente.

Estimados señores:

Reciban un cordial saludo, deseándole éxitos en sus funciones.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, de profesión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del domicilio de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y dirección exacta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que me identifico por medio de mi Documento Único de Identidad numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a ustedes atentamente EXPONGO:

Que me he graduado como Medico Veterinario (y Zootecnista), en la Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y habiendo cumplido con los requisitos legales, por este medio solicito se me otorgue la autorización permanente, para ejercer legalmente mi profesión, asignándome a la vez el número de registro de Junta de Vigilancia, y se señale lugar, día y hora que estimen conveniente, para la juramentación respectiva.

Adjunto a la presente la documentación de conformidad al artículo 306 del Código de Salud para dar cumplimiento a mi solicitud.

**Juro someterme y cumplir las disposiciones del Código de Salud, sus Reglamentos y todas las Leyes vigentes y futuras relacionadas con la Salud**.

Agradeciéndole anticipadamente su atención a la presente y a espera de su respuesta me suscribo cordialmente.

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

Firma del Médico Veterinario solicitante



# HOJA DE INSCRIPCION A JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICO VETERINARIA

**DATOS PERSONALES**

|  |
| --- |
| Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Lugar y fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DUI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ extendido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E – mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**FORMACION ACADEMICA**

|  |
| --- |
| Graduado en la Facultad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Universidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado o Título Obtenido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Graduación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Requisitos de Graduación:Examen Profesional: SI NO Servicio Social: SI NOLugar de Servicio Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MesesTesis de Grado: SI NOTítulo de la Tesis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Post Grado**: SI NODiploma en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Maestría en (MSC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doctorado en (PHD): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Incorporado en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DATOS LABORALES**

|  |
| --- |
| Nombre de empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Departamento o Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

# PROCEDIMIENTO PARA LA PROGRAMACIÓN Y REALIZACION DE INSPECCIONES

1. Verificación de la base de datos de establecimientos donde se ejerce la Medicina Veterinaria, tales como: Hospitales veterinarios, clínicas veterinarias privadas, clínicas veterinarias asistenciales (de universidades, instituciones publicas y organismos no gubernamentales), peluquerías caninas, agroservicios, venta de mascotas, ventas de concentrados y laboratorios clínicos veterinarios, a fin de dar seguimiento.
2. Elaboración cuadro inspecciones programadas semanalmente, tomando como base la última fecha de visita con un margen de 6 meses, priorizando los casos especiales y asignar a cada inspector la ruta de trabajo; previa revisión del Presidente y Secretario.
3. Verificación de los formularios que se utilizaran en las diferentes inspecciones (de rutina o de oficio, por denuncia, por apertura y funcionamiento).
4. Verificación de las observaciones hechas en inspecciones anteriores y revisión del cumplimento de las mismas.
5. Al hacerse presente el inspector a un establecimiento que brinda servicios médicos o actividades relacionadas con la medicina veterinaria, esté se identifica con su carné de Inspector de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, emitido por el Consejo Superior de Salud Pública y posteriormente se pregunta por la persona responsable del referido establecimiento.
6. Se procede a realizar la inspección respectiva, haciendo un recorrido por las instalaciones del establecimiento visitado; verificando el cumplimento de los requerimientos previamente establecidos de acuerdo al tipo de establecimiento inspeccionado; recomendando como siempre cuando proceda que el Diploma, otorgado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, esté colocado en un lugar visible, al igual que el título que lo acredita como Médico Veterinario.
7. Se procede a levantar acta de inspección, la cual debe de contener las anomalías encontradas, observaciones o recomendaciones establecidas en los formularios de inspección, haciendo constar el decomiso de evidencia y consignando en la misma aquellos actos que constituyan infracción a las disposiciones legales, dicha acta deberá ser firmada y sellada por la persona responsable y el inspector.
8. Proporcionar copia del acta de inspección a la persona responsable.
9. Elaborar informes de las visitas efectuadas, basados en los argumentos establecidos en el acta de inspección, los cuales deben ser remitidos a la Junta Directiva para su estudio y verificación.
10. En caso de establecimientos que ofrecen servicios veterinarios, donde su propietario no es medico veterinario, el inspector deberá de verificar que exista un contrato de regencia con un Médico Veterinario autorizado por la Junta, verificar el horario de trabajo, quien será el responsable de los servicios veterinarios que el establecimiento ofrezca.

# FORMULARIO DE INSPECCIÓN DE CLÍNICAS VETERINARIAS

**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICO VETERINARIA**

Conforme al Capitulo III, Artículo 17, Literal C del Código de Salud Vigente

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Regente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de Inscripción JVPMV \_\_\_\_\_\_\_

N° de Registro de MAG y fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personal Médico y Auxiliar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AREA DE RECEPCION**

Secretaria SI NO

Sala de Espera SI NO

**AREA DE FARMACIA**

Estantes o Vitrinas SI NO

Venta de Productos Controlados SI NO

**VENTA DE PRODUCTOS VETERINARIOS**

Medicamentos SI NO

Alimentos para animales SI NO

Accesorios SI NO

Venta de Mascotas SI NO

Dirección: Inicio Paseo General Escalón, N ° 3551, San Salvador. Teléfonos PBX y Fax: 2121 - 2543

E-mail: **juntaveterinaria@cssp.gob.sv**

**DESCRIPCIÓN GENERAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AMBIENTE FISICO** | **MALO** | **REGULAR** | **BUENO** | **EXCELENTE** |
| Asepsia del Lugar |  |  |  |  |
| Espacio Físico |  |  |  |  |
| Ventilación |  |  |  |  |
| Iluminación |  |  |  |  |

**ÁREA DE CONSULTA** SI NO

Mesa de Examen Clínico, material \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estetoscopio

Otoscopio

Termómetro

Báscula

Refrigeradora, control de temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depósito de Jeringas

Guantes

Mascarilla

Lámpara Móvil

Cuello de Ganso

Lámpara Cielolitica

Soporte Suero

Jaulas

Área de Lavado de Manos

¿Cómo realiza el lavado del instrumental?

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

Esterilizador

Depósito de Basura con tapadera

Manejo de Deshechos Bioinfecciosos

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

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

**SERVICIO DE LIMPIEZA DENTAL**

SI NO Ultrasonido Manual

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FARMACOS PSICOTROPICOS PARA USO CLINICO**  | **PRINCIPIO ACTIVO** | **CASA IMPORTADORA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AREA DE AISLADOS** SI NO

Jaulas

Depósito de basura con tapadera

**ÁREA DE PELUQUERIA**

Mesa para peluquería

Jaulas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AMBIENTE FISICO** | **MALO** | **REGULAR** | **BUENO** | **EXCELENTE** |
| Asepsia del Lugar |  |  |  |  |
| Espacio Físico |  |  |  |  |
| Ventilación |  |  |  |  |
| Iluminación |  |  |  |  |

Materiales y Equipo de peluquería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**EQUIPO PARA DIAGNOSTICO** SI NO

Ultrasonografía

Rayo X

Lámpara de Wood

Endoscopio

Oftalmoscopio

Laringoscopio

**EQUIPO DE LABORATORIO** SI NO

Microscopio

Medios de Cultivo

Medios de Envío de Muestra

Centrifuga

**GABINETE DE RAYOS X**

Papelera

Depósito de basura con tapa de pedal

Cuarto de revelación de placas

Negatoscopio

Equipo de rayos X

Área de control de equipo con ventana de protección

Revelación Automática

Cuarto de reveladora manual

Cuarto de desechos sólidos radiactivos

Espacio para el almacén de placas vírgenes y Rayos X

(Armarios, estanterías, archivo)

Delantal de plomo

Rótulos o señalización de radiación

Posee luz roja indicadora de no pasar al área de toma de

exámenes

Área de plomado

Observaciones:

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

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

Lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del dos mil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre, firma y sello de propietario Nombre y firma de Inspector JVPMV

Dirección: Inicio Paseo General Escalón, N ° 3551, San Salvador. Teléfonos PBX y Fax: 2121 - 2543

E-mail: **juntaveterinaria@cssp.gob.sv**

# FORMULARIO DE INSPECCION DE PELUQUERIAS, FARMACIAS VETERINARIAS Y VENTAS DE MASCOTAS

 **JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICO VETERINARIA**

Conforme al Capitulo III, Artículo 17, Literal C del Código de Salud vigente

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Regente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de inscripción JVPMV \_\_\_\_\_\_\_\_

N° de Registro del MAG y fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AREA DE PELUQUERIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AMBIENTE FISICO** | **MALO** | **REGULAR** | **BUENO** | **EXCELENTE** |
| Asepsia del lugar |  |  |  |  |
| Espacio físico |  |  |  |  |
| Ventilación  |  |  |  |  |
| Iluminación |  |  |  |  |

Materiales y Equipo de Peluquería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**VENTA DE PRODUCTOS VETERINARIOS**

Medicamentos SI NO

Alimentos para animales SI NO

Accesorios SI NO

Dirección: Inicio Paseo General Escalón, N° 3551, San Salvador. Telefax 2121 - 2543

E-mail**:** **juntaveterinaria@cssp.gob.sv**

**VENTA DE MASCOTAS**

Tipo de Mascota:

Caninos Felinos Roedores

Aves Reptiles Peces

Otros

 SI NO

Cartillas de Vacunación

Sello y Firma del Médico Veterinario Responsable

Nombre del (os) Médicos Veterinario (s) que firman cartillas o Clínicas:

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

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

Condiciones Higiénicas del establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Lugar, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_\_

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

Nombre y firma de la persona que Nombre y firma de Inspector de JVPMV

 proporciono la información

 Dirección: Inicio Paseo General Escalón, N° 3551, San Salvador. Telefax 2121 - 2543

E-mail**:** **juntaveterinaria@cssp.gob.sv**



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICO VETERINARIA**

# FORMULARIO DE ACTA DE INSPECCION

En la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_\_\_\_ horas y \_\_\_\_\_\_\_ minutos del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presente los suscritos:

En este acto se procede a:

Del establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Propiedad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No habiendo más que hacer constar se da por finalizada la presente acta que ratificamos y firmamos.

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

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

Dirección: Inicio Paseo General Escalón N° 3551, San Salvador. Telefax 2121 - 2543

E- mail: **juntaveterinaria@cssp.gob.sv**

 **JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MEDICO VETERINARIA**


# FORMULARIO DE INSPECCIÓN DE HOSPITALES VETERINARIOS

Conforme al Capitulo III, Artículo 17, Literal C del Código de Salud Vigente

Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Regente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de Inscripción JVPMV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de Registro del MAG y fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONAL MÉDICO Y AUXILIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **GRADO ACADEMICO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**AREA DE RECEPCIÓN:**  SI NO

Secretaria

Sala de espera

**AREA DE FARMACIA:**

Estantes o vitrinas

Venta de Productos Controlados

Medicamentos

Alimentos para animales

Accesorios

Dirección: Inicio Paseo General Escalón, N° 3551, San Salvador. Teléfonos PBX y Fax: 2121 - 2543

E-mail: **juntaveterinaria@cssp.gob.sv**

**DESCRIPCIÓN GENERAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AMBIENTE FISICO** | **MALO** | **REGULAR** | **BUENO** | **EXCELENTE** |
| Asepsia del Lugar |  |  |  |  |
| Espacio Físico |  |  |  |  |
| Ventilación |  |  |  |  |
| Iluminación |  |  |  |  |

**ÁREA DE CLÍNICA** SI NO

Número de consultorios **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Mesa de Examen Clínico

Material: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lámpara Cielolitica

Lámpara Móvil o Cuello de Ganso

Estetoscopio

Otoscopio

Laringoscopio

Termómetro

Negastoscopio

Báscula

Refrigeradora

Control de Temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depósito de Jeringas

Guantes

Mascarilla

Soporte de Suero

Depósito de Basura con tapadera

Esterilizador

Autoclave

**SERVICIO DE LIMPIEZA DENTAL**

**SI NO**

 Ultrasonido Manual

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FARMACOS PSICOTROPICOS DE USO PROFESIONAL** | **PRINCIPIO ACTIVO** | **CASA IMPORTADORA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AREA DE CONSULTA** SI NO

Mesa Quirúrgica

Material: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iluminación

Aire Acondicionado

Lámpara Cielolitica

Lámpara Móvil o Cuello de Ganso

Medicamentos

Oxigeno

Refrigeradora

Báscula

Almacenaje de Equipo

Equipo de Anestesia Inhalatoria

Depósito de Basura con Tapadera

Material de Sutura

Electrocauterio

Mesa de Mayo

Soporte para sueros

Negatoscopio

**EQUIPO PARA DIAGNOSTICO**

Ultrasonografía

Rayos X

Electrocardiógrafo

**ZONA DE HOSPITALIZACION** SI NO

Área Infecciosa

Área no infecciosa

Hospedaje

Área de Observación y/o Recuperación

Jaulas N° de Jaulas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depósito de basura con tapadera

Soporte de Suero

**EQUIPO DE LABORATORIO**

Microscopio

Medios de Cultivo

Medios de Envío de Muestras

Centrífuga

**GABINETE DE RAYOS X**

Papelera

Depósito de basura con tapa de pedal

Cuarto de Revelación de Placas

Negatoscopio

Equipo de Rayos X

Área de Control de Equipo con Ventana de Protección

Revelación Automática

Cuarto de Reveladora Manual

Cuarto de Desechos Sólidos Radiactivos

Espacio para el almacén de Placas Vírgenes y Rayos X

(Armarios, estanterías, archivo)

Delantal de plomo

Rótulos o Señalización de radiación

Poseen Luz Roja indicadora de no pasar al área de toma

de exámenes

Área de Plomado

**AREA DE LIMPIEZA** SI NO

Área de Lavado de Manos

¿Cómo realiza el lavado de material Quirúrgico?

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

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

Área de Artículos de Limpieza

Servicio Sanitario para Personal

Servicio Sanitario para Usuarios

Lavadora

Secadora

Tendedero

Lavadero

Bodega

**ÁREA DE PELUQUERIA**

Mesa para peluquería

Jaulas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AMBIENTE FISICO** | **MALO** | **REGULAR** | **BUENO** | **EXCELENTE** |
| Asepsia del lugar |  |  |  |  |
| Área de bañado |  |  |  |  |
| Área de secado |  |  |  |  |
| Ventilación/Iluminación |  |  |  |  |

Materiales y equipo de peluquería:

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

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

**ÁREA DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS**

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

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

**COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS CONTROLADOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Productos Veterinarios** | **Nombre Comercial** | **Distribuidor** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**REVISION DE LIBRO DE LOS PRODUCTOS CONTROLADOS AUTORIZADOS POR EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA**

SI NO

N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Emisión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recetas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones:

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

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

Lugar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año dos mil\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Nombre, Firma y Sello de la persona que Nombre y firma de Inspector

 Proporcionó la información

Dirección: Inicio Paseo General Escalón, N° 3551, San Salvador. Teléfonos PBX y Fax: 2121 - 2543

 E-mail: **juntaveterinaria@cssp.gob.sv**

# OTROS PROCEDIMIENTOS QUE UTILIZA FRECUENTEMENTE LA JUNTA

# PROCEDIMIENTO SUMARIO PARA INSTRUIR INFORMATIVO DE LEY EN CASO DE DENUNCIA A PROFESIONALES MEDICOS VETERINARIOS

# Objetivo

Con el desarrollo de este procedimiento, se pretende sancionar al Médico Veterinario que ha cometido infracciones en contra de la salud, por denuncia o de oficio.

# Breve Descripción del Contenido

Por medio de este procedimiento, se toman las declaraciones tanto del cliente, como del profesional denunciado, presentando cada uno de estos las pruebas, para que luego con estas la JVPMV, abra el informativo para deducir las responsabilidades correspondientes, por haber cometido infracciones en contra de la salud.

# Base Legal

**Art. 12 Capítulo III, Normas Relativas a las Actividades de Control, del Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Especificas del Consejo Superior de Salud Pública.**

# Unidades o Puestos de trabajo que intervienen

**UNIDADES**: Inspectoría, Presidencia, miembros de la JVPMV, Secretaría, Ordenanza.

**PUESTOS:** Inspector, Presidente, Secretario de la JVPMV, Notificador de la JVPMV,

 Miembros de JVPMV

# Documentos que se utilizan

* Formato de Acta de denuncia a profesionales Médicos Veterinarios
* Formato de Auto de término de audiencia
* Formato de Auto de Rebeldía
* Formato de Acta de declaraciones del profesional Médico Veterinario denunciado
* Formato de Auto de apertura a pruebas
* Formato de Auto de recepción de pruebas
* Formato de Certificación del acuerdo de Junta Directiva
* Formato de Auto de notificación del acuerdo a denunciado y denunciante.
* Formato de Auto de ratificación de la sanción impuesta para notificar al Consejo Superior de Salud Pública

# Descripción General del Procedimiento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PASOS** | **RESPONSABLE** | **ACTIVIDAD** |
| 01 | Inspector  | Toma las declaraciones, de la persona que interpone la denuncia, y se da copia de las declaraciones tomadas a la persona denunciada y se envía el expediente a Presidencia para hacer de su conocimiento los hechos. |
| 02 | Presidente y Secretario de Junta | Revisan las declaraciones de la persona que interpone la denuncia a lo que resuelven abrir Informativo de Ley en contra del profesional denunciado (Auto de Audiencia). |
| 03 | Secretaria Administrativa | Elabora tres copias de auto de audiencia originales para que sean firmados por Presidente y Secretario de Junta. |
| 04 | Presidente y Secretario de Junta | Firman tres copias de auto de audiencia. |
| 05 | Secretaria Administrativa | Sella y entrega a notificador de JVPMV, las tres copias de auto audiencia. |
| 06 | Notificador JVPMV | Entrega una copia de auto de audiencia a la persona denunciada, firmando las dos copia del mismo para que conste de haberlo recibido. Posteriormente el notificador de JVPMV llenará el acta de notificación con sello de Junta, que se encuentra impresa al reverso del mismo auto y firma de recibido de la persona denunciada. |
| 07 | Secretaria Administrativa | Recibe dos copias de auto de audiencia, una para el registro de correspondencia enviada y la otra se anexa al expediente. |
| 08 | Presidente y Secretario de Junta | Quedan pendientes de recibir a la persona denunciada según fecha y hora establecida en el auto. En caso de no presentarse se acuerda emitir tres copias de auto de rebeldía. |
| 09 | Secretaria Administrativa | Elabora tres copias de auto de rebeldía para firma de presidente y secretario de Junta. |
| 10 | Presidente y Secretario de Junta | Firman las 3 copias de auto de rebeldía. |
| 11 | Secretaria Administrativa | Sella y entrega a notificador de JVPMV, las tres copias de auto de rebeldía. |
| 12 | Notificador de la JVPMV | Entrega una copia de auto de rebeldía a la persona denunciada, firmando las dos copia del mismo para que conste de haberlo recibido. Posteriormente el Notificador de JVPMV llenará el acta de notificación con sello de Junta que se encuentra impresa al reverso del mismo auto para que firme de recibido la persona denunciada. |
| 13 | Secretaria Administrativa | Recibe dos copias de auto de rebeldía, una para el registro de correspondencia enviada y la otra se anexa al expediente para entregarlo en próxima sesión de Junta Directiva. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PASOS** | **RESPONSABLE** | **ACTIVIDAD** |
| 14 | Presidente, Secretario e Inspector | Si el denunciado se presenta en la hora y fecha acordada por la Junta, se toman las declaraciones, entregándole una copia, y anexando las declaraciones originales al expediente. |
| 15 | Junta Directiva | Presidente presenta informe de la audiencia con la persona denunciada, acordando continuar con el proceso. |
| 16 | Presidente y Secretario de Junta | Abrase auto de apertura a prueba por el término de ocho días hábiles, contados a partir del día siguiente de la fecha de notificación de esta resolución. |
| 17 | Secretaria Administrativa | Elabora tres copias de auto de apertura a prueba por el término de ocho días hábiles para firma de Presidente y Secretario de Junta. |
| 18 | Presidente y Secretario de Junta | Firma las tres copias de auto de apertura a prueba. |
| 19 | Secretaria Administrativa | Sella y entrega a notificador de JVPMV, las tres copias de auto de apertura a prueba. |
| 20 | Notificador de JVPMV | Recibe dos copias de auto de apertura, una para el registro de correspondencia enviada y la otra se anexa al expediente. |
| 21 | Secretaria Administrativa | Recibe dos copias de auto reapertura, una para registro de correspondencia enviada y la otra se anexa al expediente. |
| 22 | Inspector  | Espera 8 días para agregar las pruebas que serán presentadas por la persona denunciada. |
| 23 | Presidente y Secretario de Junta | Pasado el término de pruebas y analizando todos los documentos probatorios, se pasan las presentes diligencias a conocimiento de Junta a través de auto de remisión de expediente a sesión ordinaria de Junta.  |
| 24 | Secretaria Administrativa | Elabora Auto de remisión de expediente a sesión ordinaria de Junta. |
| 25 | Miembros de JVPMV | Analizan el caso para emitir acuerdo de sanción. |
| 26 | Secretaria Administrativa | Elabora tres cartas originales de remisión de la notificación de la resolución tomada por los miembros de Junta y se adjunta tres autos de certificación del punto de acta para ser firmados por Secretario de Junta. |
| 27 | Secretario de Junta | Firma tres cartas originales de remisión de la notificación de la resolución tomada por los miembros de Junta y también los tres autos de certificación del punto de acta adjuntados a las cartas. |
| 28 | Secretaria Administrativa | Sella y entrega a notificador las tres copias de la resolución tomada por los miembros de Junta y de las tres copias de auto de certificación de acuerdo para ser entregada una copia a la persona denunciada y otra a la denunciante. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PASOS** | **RESPONSABLE** | **ACTIVIDAD** |
| 29 | Notificador de JVPMV | Entrega una copia de resolución tomada por los miembros de Junta a la persona denunciada y otra copia a la denunciante, firman una copia del mismo para que conste de haberlo recibido. Posteriormente el Notificador de JVPMV, llenará el acta de notificación con sello de Junta que se encuentra impresa al reverso del mismo auto para que firme de recibido la persona denunciada y denunciante. Antes de entregar a secretaria administrativa el documento, ya firmado de recibido por ambas personas, procede a sacar fotocopia para agregarse en archivo de correspondencia enviada de Junta.  |
| 30 | Secretaria Administrativa | Recibe una copia de resolución del caso junto con copia de auto certificación del punto de acta, la copia es para archivo de correspondencia enviada y los documentos originales se anexan al expediente. Una vez notificado el auto de certificación de acuerdo, se requiere esperar 3 días para interponer recurso de apelación por ambas personas.  |
| 31 | Secretaria Administrativa | Emite auto de admisión de recurso de apelación para notificar a Junta y se agrega a expediente. Posteriormente da a conocer a Presidente y Secretario de este recurso de apelación. |
| 32 | Presidente y Secretario de Junta | Deciden enviar una notificación junto con el recurso de apelación presentado a junta para ser analizado en reunión de consejo. |
| 33 | Secretaria Administrativa | Emite notificación junto con el recurso de apelación presentado a Junta para ser entregado junto con el recurso de apelación ante el consejo. |
| 34 | Presidente y Secretario de Junta | Firman notificación de Junta acompañada con una copia del recurso de apelación. |
| 35 | Secretaria Administrativa | Sella y entrega a Notificador la notificación de Junta acompañada con una copia del recurso de apelación. |
| 36 | Notificador de JVPMV | Entrega la notificación junto con una copia del recurso de apelación a secretaria de Presidencia de Consejo Superior de Salud Pública. Antes de entregarse a secretaria administrativa se sacan fotocopia del documento enviado para ser anexado a archivo de correspondencia enviada de Junta y el documento original se anexará al expediente. |
| 37 | Secretaria Administrativa | Recibe el documento original de la notificación y la copia del mismo para ser agregado en el archivo de correspondencia de Junta y el documento original se anexara a expediente. |
| 38 | Consejo Superior de Salud Publica | Resuelve el recurso de apelación.  |
| 39 | Secretaria Administrativa | Recibe resolución del caso para ser agregado en expediente y se saca fotocopia de esta resolución para ser agregada en el archivo de correspondencia de Junta. |

# FORMATO DE ACTA DE DENUNCIA DE LA PERSONA PRESENTA EN CONTRA DEL PROFESIONAL MEDICO VETERINARIO

En el local de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, a las \_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_ minutos del día \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_. Se presentó a esta Junta de Vigilancia (Nombre de la persona que presenta la denuncia en contra el profesional Médico Veterinario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de profesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien presenta Documento Único de Identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, extendida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con fecha de expedición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ante la presencia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inspector de esta Junta de Vigilancia. Se presenta la denuncia en contra de ( Nombre del profesional Médico Veterinario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Así se expresó (Nombre de la persona que presenta la denuncia en la oficina de Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Y no habiendo más que agregar, se levanta la presente acta a las \_\_\_\_\_\_ horas con \_\_\_\_\_\_ minutos del día \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_. Y leído que le fue la presente, todos firmamos.

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

 Nombre y firma de persona denunciante Firma de Inspector

 Recibí conforme

Sello de JVPMV

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

Firma de Inspector

Ratificación:

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

 Nombre, firma y sello de Nombre, firma y sello de

 Presidente de JVPMV Secretaria de JVPMV

# FORMATO DE ACTA DE DECLARACIONES DEL PROFESIONAL MEDICO VETERINARIO DENUNCIADO

En el local de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médico Veterinaria, a las \_\_\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_\_\_\_ minutos del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_. Se presentó a esta Junta de Vigilancia (Nombre del profesional denunciado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de profesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien presenta Documento Único de Identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_extendida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con fecha de expedición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ante la presencia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inspector de esta Junta de Vigilancia. Se presenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a aclarar su situación por la denuncia de cometer ejercicio ilegal de la Profesión Médico Veterinaria. Así se expresó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Y no habiendo más que agregar, se levanta la presente acta a las \_\_\_\_\_\_ horas con \_\_\_\_\_\_ minutos del día \_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_. Y leído que le fue la presente, todos firmamos.

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

 Nombre y firma del profesional denunciado Firma de Inspector

 Recibí conforme

Sello de JVPMV

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

Firma de Inspector

Ratificación:

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

 Nombre, firma y sello de Nombre, firma y sello de

 Presidente de JVPMV Secretaria de JVPMV