



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud  
Puerto Rico Background Check Program  
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados

## CERTIFICACIÓN

Autorización de Acceso al Sistema del Puerto Background Check Program para Proveedores de Cuidado Prolongado a Poblaciones Vulnerables

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Administrador y/o Director Ejecutivo: \_\_\_\_\_ Propietarios: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Administrador(a), Director(a) Ejecutivo(a), Propietario(a), de la institución antes mencionada, certifico que los profesionales que más adelante se mencionan, estarán autorizados a obtener un User y Password para tener acceso a la plataforma del PR Background Check Program y referir candidatos a empleo o empleados para cumplir con las disposiciones de la Ley #300 del 1997 según enmendada por la Ley #224 del 2015. Este acceso no podrá ser compartido o cedido a otras personas sin la previa autorización del PR Background Check Program.

Apellidos, Nombre	Puesto	Teléfonos	Correo Electrónico	Comentarios o información adicional

Y para que así conste, firmo esta CERTIFICACIÓN hoy, \_\_\_\_\_ en la ciudad/municipio de \_\_\_\_\_ Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Administrador(a), Director(a) Ejecutivo(a), Propietario(a)