



**RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN MÉDICO CUALIFICADO FORMULARIO PARA:**

- MÉDICOS-CIRUJANOS y MÉDICOS RESIDENTES**  
 **PODIATRAS**  
 **DENTISTAS GENERALES O QUE PRACTIQUE ALGUNA ESPECIALIDAD DE LA ODONTOLOGÍA**

Ley 14-2017

Ley 60-2019

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
DÍA/ MES / AÑO

Número de Seguro Social (Últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_

Número de Licencia profesional o provisional (si aplica): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar según corresponda:**

\_\_\_\_\_ Médico Generalista, Especialista o Subespecialista: De contar con una o más especialidades favor de  
Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Médico Residente Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dentista General o Especialista en Odontología Especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Podiatra

Número de Licencia: \_\_\_\_\_ Licencia provisional (si aplica): \_\_\_\_\_

**¿Usted ha tenido cambio de Municipio durante el último año de renovación?**

\_\_\_\_\_ SI                      \_\_\_\_\_ NO                      Indique Municipio \_\_\_\_\_

**PARTE- II INFORMACIÓN LABORAL (REQ-14- ART.3 (Q))**

Indique si tiene oficina propia: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Indique si es empleado: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Indique si es contrato: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

## Oficina Propia

Si tiene oficina por favor indicar:

Dirección Física: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección Postal:      Es la misma: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Empleado

Si es empleado indique:

\_\_\_\_ Empleado del Gobierno de Puerto Rico

\_\_\_\_ Empleado del Gobierno Federal

\_\_\_\_ Empleado Corporación Pública

\_\_\_\_ Empleado Entidad Privada o Corporación Privada (con o Sin fin de lucro)

Nombre del Patrono \_\_\_\_\_ Tel (    )-(    )-(    )

Nombre del Supervisor Inmediato: \_\_\_\_\_ Tel (    )-(    )-(    )

Dirección Física: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección Postal:      Es la misma: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Contratista, Socio de Negocios:

Nombre de la Entidad Contratante: \_\_\_\_\_ Tel (    )-(    )-(    )

Nombre de la Corporación o Sociedad: \_\_\_\_\_ Tel (    )-(    )-(    )

Número de contrato: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección Postal:      Es la misma: \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Médico Residente:

Nombre de la entidad en la cual realiza la residencia: \_\_\_\_\_ Tel (     ) -(     ) -(     ) )

Nombre del Supervisor Inmediato: \_\_\_\_\_ Tel (     ) -(     ) -(     ) )

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

Dirección Postal:       Es la misma: \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## PARTE- III VERIFICACIÓN DE LICENCIA (GOODSTANDING)

**Esta verificación es para determinar si el solicitante cualifica de conformidad con la Carta Circular de mayo de 2020, la Ley Núm. 14 del 21 de febrero de 2017, según enmendada por la Ley 60 del 1 de julio de 2019 y según enmendada por la Ley 47 del 28 de abril de 2020**

1. ¿Posee usted licencia de médico en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país?:  
\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Indique Estado o País: \_\_\_\_\_
2. ¿Ha sido su licencia suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?:  
\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Indique Estado o País: \_\_\_\_\_
3. ¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?:  
\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Indique Estado o País: \_\_\_\_\_
4. ¿Ha sido su licencia de narcóticos suspendida, cancelada, revocada, entregada o puesta en probatoria en Puerto Rico, Estados Unidos o algún otro país?:  
\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Indique Estado o País: \_\_\_\_\_
5. ¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, acupuntura o alguna especialidad no certificada por la JLDM o cualquier profesión en Puerto Rico, Estados Unidos u algún otro país?:  
\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Indique Estado o País: \_\_\_\_\_
6. ¿Es usted objeto de alguna acción administrativa en la División Legal de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico o en algún estado de los Estados Unidos o en algún otro país?:  
\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Indique Estado o País: \_\_\_\_\_

## PARTE- IV DOCUMENTOS QUE DEBEN SOMETERSE CON LA SOLICITUD

1. **Declaración Jurada** anejada en los casos de profesionales con oficina propia, profesionales asociados o miembros de corporación de servicios médicos acreditando mínimo las 100 horas de servicio mensuales;
2. **Certificación Patronal** para acreditar los servicios médicos acreditando mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales en los casos de los médicos que son empleados;
3. **Certificación de Escuela de Medicina Acreditada** para evidenciar el médico se encuentra realizando la residencia;
4. **Certificación de la Entidad hospitalaria** o de la entidad en la cual el médico residente se encuentra realizando la residencia acreditando las horas mensuales (mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales);
5. **Certificación de Privilegios** en la entidad de salud donde practica su profesión;
6. **Evidencia de colegiación activa** expedida por el Colegio de Médicos Cirujanos y/o Colegio de Cirujanos Dentistas.

## PARTE –V CERTIFICACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (profesión) y residente de \_\_\_\_\_, Puerto Rico certifico que he leído y llenado la solicitud con información verdadera, correcta y completa. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

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

Firma: \_\_\_\_\_

## PARTE VI. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

**Autorizo al Departamento de Salud a ofrecer información sobre el estado de mi licencia profesional al Departamento de Desarrollo Económico y Comercio de Puerto Rico y/o a la Oficina de Exención Contributiva Industrial para la tramitación de la exención contributiva de la Ley núm. 14 del 21 de febrero de 2017, según enmendada por la Ley 60 del 1 de julio de 2019 y según la Ley 47 del 28 de abril de 2020.**

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

Firma: \_\_\_\_\_

## Parte- VII PAGO

La Solicitud de la Certificación de Médico Cualificado será de trescientos (\$300.00) dólares, la Renovación de Certificación de Médico Cualificado será de trescientos (\$300.00) dólares, la Enmienda a la Certificación de Médico Cualificado será de ciento cincuenta (\$150.00) dólares; en cheque certificado, giro postal, giro bancario ATH, VISA, MASTERCARD a nombre del Secretario de Hacienda. **Esto incluye los costos de Registro de Licencia y Verificación de la Licencia o “Goodstanding” (NO REEMBOLSABLE)**