



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN  
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y  
Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Podiatras**

## **Solicitud Certificación de Cumplimiento con Servicio Comunitario con Remuneración**

### **Instrucciones Generales**

1. Esta solicitud deberá ser cumplimentada en su totalidad.
2. Esta solicitud deberá ser acompañada a la certificación expedida por la entidad correspondiente: Administración de Seguros de Puerto Rico (ASES), la Administración de Veteranos o la Escuela de Medicina. Esta certificación deberá acreditar el total de horas que el médico cualificado ofreció servicios.
3. El total de horas rendidas debe ascender a ciento ochenta horas (180).
4. Esta Certificación tiene un costo de trescientos dólares (\$300).

# Solicitud Certificación de Servicio Comunitario con Remuneración

Ley 14-2017

Ley 60-2019

**FECHA DE RADICACIÓN DE INFORME ANUAL SEGÚN INDICADO EN EL DECRETO APROBADO POR EL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO ECONÓMICO:**

\_\_\_\_\_

## 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

## II. INFORMACIÓN DE HORAS DE SERVICIO COMUNITARIO CON REMUNERACIÓN

Marque todas las que apliquen:

Indique si en el período solicitado usted fue proveedor de Plan Vital  Sí  No

Indique si en el período solicitado usted fue proveedor de Plan Platino  Sí  No

Indique si en el período solicitado usted fue empleado o proveedor de la Administración de Veteranos  Sí  No

Indique si en el período solicitado usted fue empleado o proveedor en carácter de profesor de una escuela de medicina en Puerto Rico

## III. CERTIFICACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (profesión) y residente de \_\_\_\_\_, Puerto Rico Certifico que

he leído y completado la solicitud con información verdadera y correcta. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

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