



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 de Licenciamiento y Disciplina Médica

#### DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

#### Solicitud Certificación Horas de Servicio Comunitario – sin remuneración Instrucciones Generales

1. Esta solicitud deberá ser cumplimentada en su totalidad.
2. Esta solicitud deberá ser acompañada a la Tabla de desglose de Servicio Comunitario que se aneja a este formulario.
3. La Tabla de desglose de Servicio Comunitario deberá ser juramentada ante notario.
4. Las Cartas Circulares 2022-06 y 2022-07 detallan el proceso de cumplimiento con las Horas de Servicio Comunitario. En resumen, el Médico Cualificado deberá realizar las horas de servicio comunitario en una entidad sin fines de lucro debidamente registrada en el Departamento de Estado y cuyo estatus esté vigente.
5. La entidad sin fines de lucro emitirá una certificación en la que se detalle las fechas, lugares, cantidad de horas y tipo de servicios que el médico cualificado realizó. Además, dicha certificación deberá incluir la fecha de emisión, la firma del representante de la entidad y el sello oficial.
6. Se tendrán que adjuntar todas las certificaciones de las entidades en las que el médico cualificado brindó servicio comunitario.
7. Esta Certificación tiene un costo de trescientos dólares (\$300).



## Solicitud Certificación Horas de Servicio Comunitario

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: \_\_\_\_\_ DÍA/ MES / AÑO

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

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

Indique si en el período solicitado usted brindó horas de servicio comunitario a través de una entidad sin fines de lucro \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

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



### 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: \_\_\_\_\_

### IV. TABLA DE DESGLOSE DE SERVICIOS COMUNITARIOS

| Nombre de la entidad sin fines de lucro | Fecha de servicio comunitario | Lugar donde se brinda servicio | Teléfono contacto de la entidad |
|-----------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |
|                                         |                               |                                |                                 |



## V. DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, casado (a) \_\_\_\_\_, soltero (a) \_\_\_\_\_ y vecino (a) de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo juramento declaro que:

1. Mi nombre y demás circunstancias personales son las antes descritas.
2. Que la Tabla de Desglose de Servicio Comunitario es un desglose fiel y exacto de las horas de servicio comunitario que brindé en el año \_\_\_\_\_.
3. Que la Tabla de Desglose de Servicio Comunitario consta de \_\_\_\_\_ páginas.
4. Que brindé la cantidad de \_\_\_\_\_ horas de servicios comunitarios en las entidades desglosadas en la Tabla de Desglose de Horas de Servicio Comunitario.
5. Que previo a ofrecer el servicio de horas comunitarias me cercioré de que las entidades estuvieran debidamente inscritas en el Departamento de Estado y además, estén vigentes (Good Standing) al momento de ofrecer el servicio.
6. Hago la presente declaración jurada para que el Departamento de Salud tome conocimiento de lo anteriormente declarado y para cualquier otro propósito legal pertinente.
7. Que lo anteriormente declarado es la verdad y nada más que la verdad y me consta de propio personal conocimiento.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, juro y suscribo la misma en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Cualificado

Afidávit Número \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_, de las circunstancias personales anteriormente descritas y a quien doy fe de conocer personalmente o identifiqué mediante \_\_\_\_\_, la cual contiene foto y firma, en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

NOTARIO PÚBLICO

