



Solicitud Certificación Horas de Servicio Comunitario

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

L. 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 Sub especialista: 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 llenado la solicitud con información verdadera, correcta. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

Fecha: _____ Firma: _____

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 identifico mediante _____, la cual contiene foto y firma, en _____, Puerto Rico, hoy día __ de _____ de 20____.

NOTARIO PÚBLICO