

Nombre del Peticionario _____ Número de Seguro Social (4dígitos) _____

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 contratado: _____ SI _____ NO
 Indique si es asociado: _____ SI _____ NO

Oficina Propia

Si tiene oficina propia favor indicar:

Dirección Física: _____ Dirección Postal: Es la misma Física

 _____ Código postal

Empleado

Si es empleado indique:

_____ Empleado del Gobierno de PR _____ Empleado del Gobierno Federal
 _____ Empleado Corporación Pública
 _____ Empleado Entidad Privada o Corporación Privada(Con o Sin fin de lucro)

Empleado

Nombre del Patrono : _____ Tel. ()-()-()
 Nombre del Supervisor Inmediato: _____ Tel. ()-()-()
 Dirección Física : _____ Dirección Postal: _____

 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: _____

 Correo electrónico: _____

Nombre del Peticionario _____ Número de Seguro Social (4dígitos) _____

Médico Residente:

Nombre de la entidad en la cual realiza la residencia : _____
 Tel. () - () - ()

Nombre del Supervisor Inmediato: _____ Tel. () - () - ()

Dirección Física : _____ Dirección Postal: _____

Correo electrónico: _____

Parte - III VERIFICACIÓN DE LICENCIA (“GOODSTANDING”)

Esta verificación es para determinar si el solicitante cualifica de conformidad con la Carta Circular del 13 de mayo de 2020, la Ley Núm.14 del 21 de febrero de 2017, según enmendada por la Ley 60 del 1ro 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 de médico 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 o 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 algún otro país:
 _____ SI _____ NO Indique Estado o País: _____

Parte – IV DOCUMENTOS QUE DEBEN SOMETERSE CON LA SOLICITUD

- 1) **Registración de licencia activa** expedida por la respectiva Junta Profesional adscrita a la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud (ORCPS) del Departamento de Salud;
- 2) **“Goodstanding”** expedido por la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud (ORCPS);
- 3) **Formulario de solicitud juramentado** acreditando mínimo las cien (100) horas de servicios mensuales;
- 4) **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;

- 5) **Certificación de Escuela de Medicina Acreditada** para evidenciar el médico se encuentra realizando la residencia;
- 6) **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)
- 7) **Certificación de Privilegios** en la entidad de salud donde practica su profesión.

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 DECLARACIÓN JURADA (En los casos que el profesional ofrece servicios médicos en oficina propia, en oficina mediante socio de negocio o corporación cumplimentará la Sección de Declaración Jurada para tales propósitos.)

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 Ley Núm. 14 del 21 de febrero de 2017 conocida como “Ley de Incentivos para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos”, según enmendada, requiere que el profesional al menos dedique cien (100) horas mensuales para ofrecer servicios médicos profesionales.
3. Que las cien (100) horas mensuales se pueden ofrecer en un hospital público o privado, en una agencia federal o estatal, en una oficina privada dedicada a ofrecer servicios médicos profesionales o en una escuela de medicina debidamente acreditada.
4. Que estoy admitido(a) a la práctica de la _____ desde el _____ (fecha admisión a la práctica).
5. Que practico mi profesión en oficina propia.
6. Que la oficina está ubicada en: _____ (dirección física) en el Municipio de _____.
7. Que brindo servicios en mi oficina en los siguientes horarios:
8. Que en la oficina atiendo aproximadamente la cantidad de _____pacientes.
9. Que brindo la cantidad de _____ horas en servicios médicos profesionales en la oficina ubicada en el inciso 6 de la declaración jurada.
10. Hago la presente declaración jurada para que el Departamento de Salud tome conocimiento de lo anteriormente declarado y para cualquier otro propósito legal pertinente.

11. Que lo anteriormente declarado es la verdad y nada más que la verdad y me consta de propio personal conocimiento.

Y PARA QUE ASI CONSTE, juro y suscribo la misma en _____, Puerto Rico, a ____ de _____ de 2020.

Nombre del Médico

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 2020.

NOTARIO PÚBLICO

Parte VII. 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- VIII 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”.**