



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

**SOLICITUD PARA CERTIFICADO DE AUTORIDAD
ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD**

Fecha de Radicación _____.

Estimado señor Comisionado:

En armonía con el Capítulo 19 del Código de Seguros de Puerto Rico (26 L.P.R.A., sec. 1901 et seq.) se solicita, a nombre de la organización que adelante se describe, un certificado de autoridad para operar como organización de servicios de salud, en apoyo de la cual se incluye los documentos requeridos por el Artículo 19.030 (3) del referido Código.

1. Nombre de la Organización _____
2. Tipo (por acciones, mutualista, asociación, sociedad, etc.) _____

3. Fecha de organización o incorporación _____ Certificado
Número (si alguno) _____
4. Dirección de la oficina principal _____

5. Número de Seguro Social _____ Teléfono _____

(Firma del Oficial o representante
autorizado de la organización)

(Nombre impreso)

Título Oficial

AFFIDAVIT NUM. _____

Ante mí _____, Notario Público en y para la isla
de Puerto Rico, comparece (nombre, status civil, capacidad en la organización, edad y vecindario)

_____ quien conozco como suscribiente en el documento que antecede y ha jurado que ha ejecutado el
mismo con el propósito y las consideraciones estipuladas en el mismo.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, estampo mi firma y mi Sello Oficial en la ciudad de
_____, hoy día _____ de _____ de _____.

Notario Público