ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE PROFESIONALES DE LA SALUD
REGISTRO ____ - ____

Seguimiento:

Fecha: _____

Nombre: _____

Profesión: _____

Núm. Lic. _____

Seguro Social: _____

Estimado Profesional:

Le devolvemos su formulario de registro por la siguiente razón (s):

____ Envió su formulario incompleto.

____ No incluyó el pago. Debe pagar \$ _____ a nombre del Secretario de Hacienda.

____ Favor enviar giro postal y/o cheque certificado

____ Llenó el giro incorrectamente.

____ Falta evidencia de educación. Son _____ horas contacto.

____ Envió educación inválida. Es válida sólo desde _____.

____ Enviar originales de los certificados de educación continua.

____ Olvidó firmar el formulario.

____ Enviar la educación de trienios anteriores.

____ Los certificados de educación continua deben estar identificados con el código de la actividad. Favor referirse al proveedor que auspició el mismo.

____ Le falta la Certificación de la Administración de Sustento de Menores (ASUME).

____ Certificado de Antecedentes Penales.

____ Deberá enviar otro pago por concepto de recargo. Debe pagar \$ _____.

____ Otros

Favor devolver el formulario con los documentos completos, acompañados de esta carta para identificar su caso.

Gracias por su cooperación.

Técnico de Registro