



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

21 de abril de 2005

CARTA CIRCULAR NUM.: C-SP-4-1744-2005

A TODAS LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

**RENOVACIÓN DE CERTIFICADO DE AUTORIDAD PARA EL AÑO FISCAL 2005-2206**

Estimados señoras y señores:

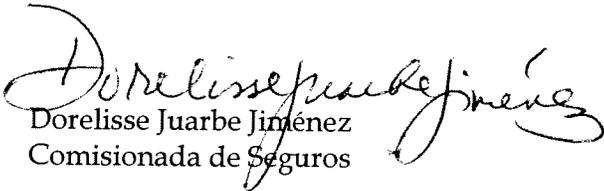
El Artículo 7.010(1) del Código de Seguros de Puerto Rico dispone que, como condición para quedar o continuar autorizado a gestionar o tramitar cualquier clase de seguro en Puerto Rico, las personas o entidades concernidas pagarán a la Oficina del Comisionado de Seguros ("OCS"), no más tarde del 30 de junio de cada año, las aportaciones correspondientes al tipo de licencia o autorización que posean.

En atención a lo anterior, y conforme al Artículo III (g) de la Regla LXXVII del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico, la aportación anual que deberá pagar cada organización de servicios de salud será de \$5,257.00. A estos efectos, y con el fin de que dichos certificados de autoridad queden renovados con vigencia del 1 de julio de 2005, es necesario que **antes del 21 de mayo de 2005**, se complete y envíe a la OCS el formulario adjunto, acompañado de un cheque certificado o giro postal por la cantidad mencionada, pagadero al Secretario de Hacienda, y de un sobre manila tamaño carta pre-dirigido.

Les advertimos que toda solicitud que se reciba después del 30 de junio de 2005, no será considerada por la OCS para renovación, por lo que el solicitante deberá presentar una nueva solicitud de licencia de conformidad con el referido Código.

Se requiere el cumplimiento estricto con lo requerido en esta carta para la oportuna renovación de su certificado de autoridad.

Cordialmente,

  
Dorelisse Juarbe Jiménez  
Comisionada de Seguros

Anejo

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

[www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr)

**SOLICITUD DE RENOVACION DE CERTIFICADO DE AUTORIDAD DE ORGANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL AÑO FISCAL 2005-2006**

Fecha \_\_\_\_\_

A continuación se presenta la siguiente información para el trámite de la referida renovación:

Nombre de la Organización \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social de la Organización \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Dirección del sitio de negocios \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Presidente o Vicepresidente)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Título)

NOTA: Envíe esta solicitud en original y dos copias, con los derechos correspondientes en cheque o giro postal pagadero a nombre del Secretario de Hacienda.