



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Oficina de Exención Contributiva Industrial

ORDEN NÚM. 2017-01

ESTA ORDEN ESTABLECE UN PROCEDIMIENTO TEMPORERO DE RADICACIÓN FÍSICA DE SOLICITUDES DE EXENCIÓN CONTRIBUTIVA BAJO LA LEY NUM. 14-2017

El pasado 21 de febrero de 2017 fue aprobada la Ley Núm. 14-2017, también conocida como la “Ley de Incentivos Para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos” (“Ley”), con el objetivo de detener el éxodo de la clase médica puertorriqueña, y a su vez, incentivar el retorno y traslado de profesionales médicos a Puerto Rico.

El Artículo 10(a)(i) de la Ley establece que cualquier Médico Cualificado (“Peticionario”) podrá solicitar los beneficios contributivos contenidos en la Ley, mediante presentación de la correspondiente solicitud juramentada (“Solicitud”) ante la Oficina de Exención Contributiva Industrial (“OEI”). Asimismo, el inciso (a)(iii)(G) del mencionado artículo dispone que la OEI establecerá los sistemas necesarios para facilitar la presentación y transmisión electrónica de la solicitud de decreto y documentos relacionados, de manera que se agilice la consideración interagencial de solicitudes de decreto y los procesos en general.

Ahora bien, los días 19 y 20 de septiembre de 2017, Puerto Rico fue impactado por el Huracán María, provocando múltiples daños a la infraestructura de la Isla, extendiéndose a los servidores que nutren el sistema que viabiliza la presentación electrónica de solicitudes de decretos bajo la Ley.

Así las cosas, en aras de acelerar la recuperación del país luego del paso del Huracán María, la OEI autoriza, de manera temporera, la presentación física de solicitudes de decretos bajo la Ley, a partir del martes 10 de octubre de 2017, hasta nuevo aviso. Aquel Peticionario o representante que haya iniciado, pero no culminado el proceso de presentación electrónica de la Solicitud, deberá proceder con la presentación física de la misma.

El proceso temporero de presentación física de la Solicitud ante la OEI se regirá como sigue:

1. El Médico Cualificado o representante deberá presentar ante la OEI la Solicitud (copia adjunta) en original, debidamente cumplimentada, firmada por el Médico Cualificado y juramentada ante notario público. Si la Solicitud es juramentada fuera de Puerto Rico, deberá incluirse evidencia relacionada a la autoridad del notario(a) para administrar juramentos (e.g. certificado del “county clerk” o documento similar) y la fecha de expiración de su comisión.
2. La Solicitud tendrá que estar acompañada de los siguientes documentos suplementarios, los cuales podrán ser provisto en copia u original:
 - a. Certificado de Médico Cualificado emitido por el Secretario de Salud o persona autorizada por éste;

- b. Certificado de Antecedentes Penales del Médico Cualificado solicitante, emitido por la autoridad correspondiente del estado o país de su última residencia;
 - c. Copia del número de seguro social o identificación nacional. Si el Médico Cualificado solicitante no es ciudadano norteamericano, él o ella deberá, además, someter una declaración jurada a esos efectos, acompañada de copia del pasaporte, visa o tarjeta de residente permanente;
 - d. Certificación de radicación de planillas de contribución sobre ingresos, expedida por el Departamento de Hacienda, por los últimos cinco (5) años, a nombre del Médico Cualificado solicitante. Si el Médico Cualificado solicitante no estaba obligado a radicar planillas de contribución sobre ingresos, deberá de someter el Formulario del Departamento de Hacienda Modelo SC 2781, "Certificación de Razones por las cuales el Contribuyente No Está Obligado por Ley a Rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos" ("Formulario SC 2781"), o su equivalente expedido por el Departamento de Hacienda;
 - e. Certificación negativa de deuda, emitida por el Departamento de Hacienda a nombre del Médico Cualificado solicitante. Si el Médico Cualificado solicitante tiene una deuda con el Departamento de Hacienda, deberá de proveer evidencia del plan de pago, revisión administrativa o saldo de la deuda;
 - f. Certificación de deuda por todos los conceptos expedida por el Centro de Recaudación de Ingresos Municipales ("CRIM"), a nombre del Médico Cualificado solicitante;
 - g. Certificación de Cumplimiento de la Administración para el Sustento de Menores ("ASUME"), a nombre del Médico Cualificado solicitante;
 - h. Certificación de deuda por concepto de seguro social choferil, expedida por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico ("Departamento del Trabajo"), a nombre del Médico Cualificado solicitante;
 - i. Certificación negativa de deuda emitida por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado de Puerto Rico ("Corporación del Fondo"), a nombre del Médico Cualificado solicitante.
3. Sólo si aplica: En relación al Negocio de Servicios Médicos que emite o emitirá Dividendos Elegibles al Médico Cualificado solicitante, la Solicitud tendrá que estar acompañada de los siguientes documentos suplementarios adicionales, los cuales podrán ser provisto en copia u original (de ser más de una entidad, favor de proveer la documentación para cada entidad):
- a. Copia del Certificado de Registro o del Certificado de Autorización para hacer Negocio en Puerto Rico, expedido por el Departamento de Estado, a nombre del Negocio de Servicios Médicos;
 - b. Certificación de Cumplimiento ("Good Standing"), emitida por el Departamento de Estado, a nombre del Negocio de Servicios Médicos;

- c. Certificación de radicación de planillas de contribución sobre ingresos, expedida por el Departamento de Hacienda, por los últimos cinco (5) años, a nombre del Negocio de Servicios Médicos. Si el Negocio de Servicios Médicos que emite o emitirá Dividendo Elegible no estaba obligado a radicar planillas de contribución sobre Ingresos, favor de someter el Formulario SC 2781 o su equivalente expedido por el Departamento de Hacienda;
 - d. Certificación negativa de deuda, emitida por el Departamento de Hacienda a nombre del Negocio de Servicios Médicos. Si el Negocio de Servicios Médicos que emite o emitirá Dividendo Elegible tiene una deuda con el Departamento de Hacienda, favor de proveer evidencia del plan de pago, revisión administrativa o saldo de la deuda;
 - e. Certificación de deuda por todos los conceptos expedida por el CRIM, a nombre del Negocio de Servicios Médicos;
 - f. Certificación de deuda por concepto de seguro social choferil, expedida por el Departamento del Trabajo, a nombre del Negocio de Servicios Médicos;
 - g. Certificación negativa de deuda emitida por la Corporación del Fondo, a nombre del Negocio de Servicios Médicos;
 - h. Certificación de deuda por concepto de seguro por desempleo e incapacidad, expedida por el Departamento del Trabajo, a nombre del Negocio de Servicios Médicos;
 - i. Organigrama de propiedad que contenga entidades intermedias o relacionadas al solicitante. Éste debe incluir información sobre los accionistas, socios o miembros directos;
 - j. Copia del número de identificación patronal.
4. El Médico Cualificado o representante deberá incluir dos (2) copias adicionales de la Solicitud y de cada uno de los documentos suplementarios presentado ante la OECl. Asimismo, el Médico Cualificado o representante tendrá que proveer un dispositivo de almacenamiento ("USB"), el cual contenga en formato digital la Solicitud y los documentos suplementarios presentados ante la OECl.
 5. Toda Solicitud se presentará acompañada de un derecho de radicación por la cantidad de dos mil quinientos dólares (\$2,500.00). El derecho de radicación se pagará mediante giro postal o bancario, o cheque certificado, emitido a favor del Secretario de Hacienda.
 6. Sólo se considerará radicada la Solicitud, cuando se cumpla con todas y cada una de las disposiciones esbozadas en esta Orden.
 7. La OECl ubica en la Avenida Franklin Delano Roosevelt Núm. 355, Edificio de Fomento, Oficina Núm.105, San Juan, Puerto Rico.

Orden- Oficina de Exención Contributiva Industrial

Núm. 2017-01

5 de octubre de 2017

Página 4

Las disposiciones de esta Orden tendrán vigencia inmediata y permanecerán en efectos hasta nuevo aviso.

Para cualquier aclaración o información adicional relacionada al contenido de la presente Orden, favor de comunicarse a la OEI al (787) 764-6363.

En San Juan, Puerto Rico, hoy 5 de octubre de 2017, a las 3:00pm.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. Bayón', written in a cursive style.

Javier J. Bayón
Director Ejecutivo



TAX INCENTIVES APPLICATION
ACT TO PROMOTE THE RETENTION AND RETURN OF MEDICAL CARE PHYSICIANS
(Act No. 14-2017)

Case Number (will be assigned by OITE):

Tax Incentive Grant

Instructions: Please respond to all the questions in the space provided. If Applicant is not a resident of Puerto Rico, he/she may still apply if he/she intends to move to Puerto Rico and commences the eligible medical practice within 120 days after the date of approval of the Grant. In such case, the tax incentives will be subject, among other things, to said requirements.

Section I. Applicant's Personal Information

A. Personal Information

Name:
Sex:
Email:
Business Phone:
Mobile Phone:
Fax:
Physical Address:
Mailing Address:

B. Citizenship and Nationality

Citizenship:
Identification Type:
Identification Number:
Date of Birth:
City and Country of Birth:

C. Puerto Rico Residency

Does the Applicant currently reside in Puerto Rico?

If Applicant is not a resident of Puerto Rico, please provide his/her current place of residence.

Section II. Applicant's Representative

A. Applicant's Representative

Name:
Company Name:
Website:
Email:
Business Phone:
Mobile Phone:
Fax:
Physical Address:
Mailing Address:

Section III. Applicant's Professional Information

A. Physician specialty/Resident specialty

Physician/Resident specialty(ies) 1:
Physician/Resident specialty(ies) 2:
Physician/Resident specialty(ies) 3:

B. Qualified Physician Certification- DS-14-2017- issued by the Puerto Rico Department of Health

Qualified Physician Certification-DS-14-2017- Number:	Effective Date (mm/dd/yyyy):	Expiration/Renewal Date (mm/dd/yyyy):

C. Applicant Employer's Information

Name	EIN	Telephone	Physical Address	Email
1.				
2.				
3.				

D. Applicant's Residency Training Program Information

Is Applicant currently providing medical services as a Resident in an approved training program facility?
If the answer is YES, please provide the following information:

Facility Name:
Website:
Email:
Telephone:
Fax:
Physical Address:
Mailing Address:
Applicant's Residency expected date of completion:
Applicant's Residency specialty:

E. Applicant with proprietary interest in a Medical Service Business

Does Applicant have proprietary interest in a Medical Service Business located in Puerto Rico, as defined under the Act 14-2017, and renders professional medical services to said Medical Service Business?
If the answer is YES, please provide the following information:

Applicant's medical practice performed in the Medical Service Business (e.i. Gastroenterology):

Entity No. 1

Name:
Website:
Email:
Telephone:
Fax
Physical Address:
Mailing Address:
Type of Organization:
Method of Taxation:
Organize under the laws of:
Register Number with the Puerto Rico Department of State:
Date of registration with the Puerto Rico Department of State:
Employer's Identification Number:

Entity No. 2

Name:
Website:
Email:
Telephone:
Fax
Physical Address:
Mailing Address:
Type of Organization:
Method of Taxation:
Organize under the laws of:
Register Number with the Puerto Rico Department of State:
Date of registration with the Puerto Rico Department of State:
Employer's Identification Number:

Section IV. Background Information

A. Previous Tax Incentives Grants

1. Indicate whether Applicant or the Medical Service Business has, or has had, any proprietary interest in any other entity which has previously obtained a tax incentives grant from the Government of Puerto Rico or any of its agencies and municipalities, including but not limited to Act 20-2012, Act 22-2012, Act 73-2010 or any other law.

Individual Name or Business	Tax Exemption Grant Number	Is it effective?
1.		
2.		
3.		

B. Background Information

1. Has the Applicant been subject to any investigation by, or subject to any payment plans with, the Department of Treasury of Puerto Rico and/or the Internal Revenue Service?
2. Has the Applicant been committed of a felony or misdemeanor for which he/she was never arrested or convicted?
3. Has the Applicant ever been arrested, detained, and/or sentenced for any offense or for any fraudulent act or cited to answer any criminal offense or violation for any reason, regardless of the intent of the event?
4. Is the Applicant permanently or temporarily prohibited to perform medical services by a competent regulatory authority?

*If applicant answered YES to any of the questions above, please upload a document with the details, including the facts related to such event(s) and the eventual resolution of the case(s).

C. Lead Source Information

1. Please tell us how applicant learned about the tax incentive under Act 14-2017.
2. Specify lead source.

DECLARATION AND ACKNOWLEDGMENT

This Application must be submitted and signed by the Applicant. All the information submitted in this Application is subject to verification, and additional information may be requested as needed for its consideration. By submitting and signing this form, you declare that you have read this Application and that the statements and representations contained herein are true to the best of your personal knowledge and belief, and you agree and acknowledge that the submission of false, misleading or inaccurate information on this Application will be grounds for denying the granting of a decree and you may be civil and liable in accordance with applicable statutes.

By submitting and signing this form, you acknowledge that you understand that a successful background check of the Applicant is a condition to obtain a grant under Act 14-2017 from the Secretary of the Department of Economic Development and Commerce of Puerto Rico. Therefore, you authorize the Department of Economic Development and Commerce and the Office of Industrial Tax Exemption to enter into agreements with trusted background check providers in order to comply with due diligence standards. Also, you acknowledge that the Department of Economic Development and Commerce and the Office of Industrial Tax Exemption may communicate with other governmental agencies or instrumentalities in order to verify information submitted in this Application. You agree to waive and relinquish all claims you may have against the Department of Economic Development and Commerce of Puerto Rico, the Office of Industrial Tax Exemption, any other agency or instrumentality of the Government of Puerto Rico and their officers, agents and employees, as a result of participating in the background check.

The information contained herein is disclosed only in connection with applying for and obtaining a grant under Act 14-2017. The information contained herein shall be considered confidential, and may only be disclosed to third parties: (i) as part of the application review process; (ii) for statistical or compliance purposes, (iii) as part of any investigation, audit, review or other action as determined by the Department of Economic Development and Commerce of Puerto Rico; (iv) or as otherwise ordered by a court or administrative agency of competent jurisdiction. Confidential information shall include, but shall not be limited to: Applicant’s name, Social Security Number or National Identification Number, address, contact information, education, medical or employment history, and any other identifying particular assigned to the Applicant. Information contained herein or which is obtained as part of a Grant Compliance Review will be confidential and not made available to third parties outside the pertinent government agencies and/or external contractors in the exercise of said compliance review responsibility.

Signature

Date

SWORN STATEMENT

I, _____, of legal age, _____, _____, resident of
(full name) (marital status) (occupation)
_____, under the most and solemn oath declare that:
(city and country)

- 1. My personal circumstances are the above mentioned.
- 2. The information provided herein is true and accurate to the best of my knowledge and understanding.

IN WITNESS WHEREOF, I swear and subscribe this statement this _____, of _____ of
(day) (month)
_____, at _____.
(year) (city and country)

Signature

Affidavit Number: _____

SWORN AND SUSCRIBED TO before me by _____, of the personal
(full name)
circumstances above mentioned, whom I know personally or have identified by means of
_____, this _____, of _____ of _____, at
(identification method) (day) (month) (year)
_____.
(city and country)

[Notary Seal]

Public Notary

*If this document is notarized outside of Puerto Rico, include evidence regarding the authority of the notary to administer notarized documents.