



PPR-136.1 B  
Rev. 04/2024

SOLICITUD PARA EXAMEN DE DETECTIVE PRIVADO



<b>Número de Convocatoria</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre			
Segundo Nombre	Nombre Preferido	Género	
Peso	Estatura	Color de Ojos	Color de Pelo
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad	Licencia de Conducir, Real ID o Pasaporte		
Seguro Social	Vigencia		
Teléfono Residencial u Otro	Teléfono Celular		
Correo Electrónico	Residente Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Permiso de Residencia
	<input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro		
Dirección Residencial			
Dirección Postal			

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EXAMEN DETECTIVE PRIVADO

**Importante:** Tendrá que cumplir con los requisitos estipulados en la Ley 108-1965 conocida como "Ley Para Regular las Profesiones de Detectives Privados y Guardias de Seguridad en Puerto Rico", según enmendada, en su artículo 4:

1.	Solicitud Cumplimentada y Juramentada ante un Notario Público	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2.	Fotos 2x2 a color con el fondo blanco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3.	Certificado de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.	Tarjeta de huellas digitales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.	Transcripción de Crédito Oficial de la Escuela de Detective Privado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.	Diploma Escuela de Detective Privado o Certificación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7.	Certificación de Empleo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Mayor de 21 años de edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ha sido convicto de delito grave o delito menos grave que implique depravación moral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Posee licencia de armas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, número de licencia arma _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Es Ciudadano Americano y del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Ocupa un cargo o empleo remunerado o sin remuneración en el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades y corporaciones públicas y subdivisiones políticas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



Anejo A  
OG-136  
Rev. 04/2024

**CERTIFICACIÓN MÉDICA  
INSTRUCCIONES AL MÉDICO**

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 108 del 29 de junio de 1965 según enmendada, conocida como *Ley para Regular la Profesión de Detectives Privados y Guardia de Seguridad*, toda persona que solicite obtener una licencia de detective privado o guardia de seguridad deberá estar física y mentalmente capacitado. A estos efectos, el médico examinará y hará constar en este formulario las condiciones físicas y mentales en que se encuentra dicho solicitante:

AGUDEZA VISUAL		
Ojo derecho con lentes correctivos: 20/____	Ojo izquierdo con lentes correctivos: 20/____	Condición <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Congénita
Ojo derecho sin lentes correctivos: 20/____	Ojo izquierdo sin lentes correctivos: 20/____	<input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
Ambos ojos		
Observaciones		

CONDICIONES FÍSICA Y MENTAL DEL SOLICITANTE		
Oídos		
Piernas		
Brazos		
Anormalidades, discapacidad física y/o emocional		
Condición del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usa marcapaso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usa prótesis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha padecido de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de inconsciencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE			
Peso	Estatura	Color de ojos	Color de pelo

El que suscribe, debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico hace constar que ha examinado a \_\_\_\_\_ y certifica que dicha persona está \_\_\_\_\_ o no está \_\_\_\_\_ física y mentalmente capacitada para desempeñarse como detective privado y/o guardia de seguridad.

Nombre y apellido del médico	Licencia del médico	Fecha dd/mm/yyyy
Firma de médico	Dirección de la oficina	Teléfono



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**  
**Negociado de la Policía de Puerto Rico**



**Anejo B**  
**OG-136**  
Rev. 04/2024

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

Yo \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a:

- Corporación del Fondo del Seguro del Estado
- Administración para los Sistemas de Retiro
- Médico Privado
- Institución Hospitalaria Privada
- Institución Hospitalaria Pública

A suministrar al Comisionado del Negociado de la Policía de Puerto Rico o la persona en quien el delegue, cualquier información relacionada con el tratamiento que he recibido en dicha persona o institución por  Condición orgánica  Condición emocional.

Además, autorizo a examinar el récord y obtener copia de este.

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**\* Autorización \***

Por la presente autorizo a cualquier persona particular, o cualquier corporación, institución educativa, empresa, agencia o entidad pública federal o privada para que ofrezcan al Comisionado del Negociado de la Policía de Puerto Rico o la persona en quien delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione con mi conducta, reputación, crédito, salud, hábitos, situación económica o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente a la investigación o solicitud de licencia de detective privado y/o guardia de seguridad.

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma**



Anejo C  
OG-136  
Rev. 04/2024

INVESTIGACIÓN CONFIDENCIAL

Licencia Solicitada	Institución donde Estudio Detective Privado		
Dirección de la Escuela	Horas de Estudios	Horas de Práctica	
Nombre y Dirección del lugar donde trabaja (si aplica)			

REFERENCIA PERSONAS QUE NO TENGAN PARENTESCO FAMILIAR

Nombre	Dirección	Tiempo que lo conoce

INSTRUCCIONES

- ¿Ocupa usted un cargo o empleo de índole alguno reenumerado o sin remuneración en el Gobierno de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades y corporaciones públicas?  Sí  No  
Explique
- ¿Ha estado reportado enfermo por alguna condición mental y/o emocional?  Sí  No  
Explique
- ¿Es usted ebrio habitual, desequilibrado mental o adicto al uso de drogas o narcóticos?  Sí  No  
Explique
- ¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave que implique depravación moral o por delitos tipificados bajo la ley de Armas de Puerto Rico?  Sí  No  
Explique
- ¿Ha sido indultado total o condicional?  Sí  No  
Explique
- ¿Ha solicitado eliminación de récord de antecedentes penales?  Sí  No  
Explique
- Ha pertenecido o ha sido licenciado honrosamente del:
  - Negociado de la Policía de Puerto Rico
  - Cuerpo de la Policía del Estado de \_\_\_\_\_
  - Agencia Federal de Investigaciones \_\_\_\_\_
  - Servicio Militar (indique rama) \_\_\_\_\_
 Explique
- ¿Ha recibido o recibe usted alguna pensión por incapacidad física o mental?  Sí  No  
Explique



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Negociado de la Policía de Puerto Rico



Anejo D  
OG-136  
Rev. 04/2024

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad,  casado (a)  soltero (a),  viudo (a),  divorciado,  empleado  dueño de la agencia \_\_\_\_\_ y vecino de \_\_\_\_\_, bajo el más formal y solemne juramento declaro:

1. Que toda la información que antecede y la documentación que se acompaña es la verdad, nada más que la verdad y así lo juro, estoy plenamente consciente que de descubrirse que he mentido u ocultado hechos, puedo ser encausado criminalmente por perjurio, además de quedar descalificado para que se me conceda el privilegio de la licencia que estoy solicitando.

**Y PARA QUE ASÍ CONSTE**, firmo la presente declaración, por ser ello la verdad y nada más que la verdad.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Declarante

**AFFIDÁVIT NÚM:** \_\_\_\_\_

Jurada y suscrita ante mí, por \_\_\_\_\_ de las circunstancias personales antes descritas expresadas a quien doy fe de identificar mediante:

- Licencia de Conducir     REAL ID     Pasaporte

Número: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

Sello  
de  
Asistencia  
Legal

Sello  
Notarial