



**Certificación de cumplimiento del proveedor
Carta Normativa de ASES 19-0305**

YO, _____, representante autorizado y/o proveedor de servicios de [Plan de Salud del Gobierno Vital / Medicare Platino / Ley 95 Empleado Públicos] (escoja según aplique), con el nombre de práctica o entidad _____, certifico que la oficina/práctica o entidad que represento cuenta con una guía o protocolo de educación y trabajo básico para la provisión de servicios de salud sensibles y adecuados, al momento de proporcionar nuestros servicios a los beneficiarios que a su vez son parte de la población LGBTT+. De igual forma certifico que las personas que laboran en la mencionada oficina/práctica o entidad han sido debidamente informados y adiestrados en cuanto al propósito, contenido y operación del documento en los trabajos diarios, constanding certificación de recibo en el expediente de empleado de estos.

Firma del representante autorizado del Proveedor
de Servicios de Salud