






Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito:

NOTA: FAVOR LLENAR EL FORMULARIO EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

|                               |   |  |   |                |  |  |  |
|-------------------------------|---|--|---|----------------|--|--|--|
| Nombre & Apellidos:           |   |  |   |                | # Licencia de Médico:  |  |  |
| Dirección Postal:             |   |  |   |                |  |  |  |
|                               | Ciudad o Pueblo:  |  |   | Código Postal: |  |  |  |
| Fecha de Nacimiento:          | Mes:  |  | Día:  |                | Año:   |  |  |
| Email:                        |   |  |   | # NPI:         |  |  |  |
| Números de Telefono:          | Oficina:  |  | Celular:  |                | Fax:   |  |  |
| Métodos de Pago:              | <br><input type="checkbox"/>   |  | <br><input type="checkbox"/> |                | <br><input type="checkbox"/> |  | Favor de marcar <input checked="" type="checkbox"/> el método de pago: |
| Número de Tarjeta de Crédito: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |   |                |  |  |  |
| Fecha de Expiración:          | Mes:  |  | Año:  |                | Código de Seguridad:   |  |  |
| Firma Autorizada:             |   |  |   | Fecha:         |  |  |  |

Autorizo al Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico a realizar un cargo a la tarjeta indicada, por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, correspondiente al pago de cuota de año fiscal \_\_\_\_\_.

Fecha de Recibido: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Po Box 70169 San Juan, PR 00936  
 Email: [registraduria@colegiomedicopr.org](mailto:registraduria@colegiomedicopr.org)  
 Fax: (787) 751-6592



## Instrucciones pagos en línea

1. Acceder a: [www.colegiomedicpr.org](http://www.colegiomedicpr.org)
2. Acceder a MI Perfil y escribir su correo electrónico (el que tiene registrado en el sistema del CMCPR y luego su contraseña.
3. De no tener la contraseña o haber olvidado la misma ir a: Creación o Recuperación de Contraseña y colocar su correo electrónico. Le estará llegando las instrucciones a su correo electrónico. Luego repetir Paso #2
4. Al acceder a mi Perfil, seleccionar la ventana de Colegiaciones, (verá el balance pendiente (factura) en color rojo).
5. Ir al final y oprimir el signo de dólar color verde para pagar el balance adeudado con el método electrónico preferido.
6. Luego de realizar el pago, el sistema le permitirá imprimir el recibo y en la ventana de certificaciones podrá imprimir la misma.

## Instrucciones para pago a través de la aplicación ATH MÓVIL

1. Acceder a la aplicación ATH Móvil
2. Seleccionar Pagar a un Negocio o *Pay a Business*
3. Deberá entrar el pATH. Nuestro pATH es: **CMCPR**
4. Entrar la cantidad del pago.
5. Presionar: Continuar o *Next*
6. En el espacio provisto para dejar mensaje, escribirá su nombre completo y número de licencia.
7. Pulsar: Pagar Ahora o *Pay Now*

Los pagos a través de este método (ATH Móvil) serán procesados de 24-48 horas laborables. La certificación le estará llegando al correo electrónico principal que usted brindó al momento de crear su perfil.



/CMCPR

