
RAUL E. LOPEZ M.D.

Psiquiatra Forense
PMB 123, 405 AVE Esmeralda
Guaynabo PR 00969-4457

772-4783
397-1599

FECHA: _____

Division de Finanzas
Departamento de Justicia

COMPROBANTE DE SERVICIO

Por la presente certifico que el Dr. Raul E. Lopez Rindio los servivios de peritaje psiquiatrico para el Departamento de justicia en la dependencia de

FISCALIA DE _____

UNIDAD ESPECIALIZADA _____

Nombre del Evaluado _____

Nombre y # de caso El pueblo V. _____

Motivo de La Evaluacion

Estado mental al momento de los hechos (Imputabilidad) Necesidad del uso de circuito cerrado
 Evaluación de versión de la victima de actos lascivos (perfil de la victima) Otro tipo de evaluación

Describe la situacion que motiva la evaluacion y las preguntas que debe de contestar la evaluacion

Firma del Fiscal

Nombre del fiscal letra de molde

Tel Fiscalia () _____

Vo. Bo. Fiscal de Distrito

Raul Lopez M.D.
Psiquiatra Forense

***usar tinta azul unicamente**

Certifico con posibilidad de nulidad absoluta que ninguno de los servicios antes detallados benefician a el servidor publico que los autoriza, ni que haya sido autorizados con otra condicion que no sea la provision del servicio descrito. Todo servicio detallado anterior mente ha sido realizado acorde con lo estipulado en el contrato de servicios profesionales
