



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
SOLICITUD PARA RENOVACIÓN DEL CERTIFICADO DE MENTOR

Nombre: _____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfonos: _____, _____

Núm. de Licencia Permanente: _____ Núm. Certificado de Mentor: _____

Fecha de radicación

Firma del solicitante

Requisitos:

1. Copia de la Certificación de Registro vigente
2. Copia del Certificado de Mentor expedido por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
3. Certificado de Antecedentes Penales reciente **(No mayor de seis (6) meses)**
4. Certificación Negativa de Asume
5. Evidencia de seis (6) horas de preparación en temas relacionados a la supervisión de la consejería o supervisión clínica dentro de los pasados tres (3) años
6. Un (1) sobre pre-dirigido con sello
7. Pago correspondiente por la cantidad de treinta **(\$30.00)** dólares.

Pago no reembolsable. Los métodos de pago son los siguientes:

- **ATH, VISA, MASTERCARD**
- **Giro postal o bancario** pagaderos al **Secretario de Hacienda**

Esta solicitud será válida por un período de tres (3) años simultáneo a la fecha de vigencia del Certificado de Registro.

No se aceptarán solicitudes incompletas.

REV. OCTUBRE/2025