



## Aspirantes para Consejeros Profesionales

### **REQUISITOS PARA SOLICITAR LICENCIA PROVISIONAL DE CONSEJEROS PROFESIONALES**

1. Formulario de solicitud para Licencia Provisional debidamente juramentada ante un notario público.
2. **Transcripciones de Créditos oficial.** Este documento debe ser expedido por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su Maestría o Doctorado. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. **(Deberán ser enviados por la Institución Educativa directamente a la Junta Examinadora a la siguiente dirección):**

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**  
**P.O. Box 10200**  
**San Juan, P.R. 00908-0200**

3. Certificación de Grado Académico original o copia **oficial** de su diploma.
4. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Consejeros Profesionales debidamente licenciados.
5. Certificado de Nacimiento. **(Original y copia)** Solicitantes extranjeros deben presentar Certificación de su estatus ante el Servicio de Inmigración y Naturalización de Estados Unidos. **(Presentar evidencia)**
6. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **(Original) Nota:** De ser electrónico, deberá incluir la validación electrónica del mismo. **(No mayor de seis meses)**
7. **Dos (2) sobres** pre-dirigidos con sello. **(Deben incluir su dirección postal)**
8. Pago correspondiente por la cantidad de treinta **(\$30.00)** dólares. Pago no reembolsable. Los métodos de pagos son los siguientes:
  - **(ATH, VISA, MASTERCARD)**
  - **Giro Postal o Cheque Certificado** pagados al Secretario de Hacienda

**IMPORTANTE:** No se procesará esta solicitud hasta tanto el candidato someta toda la documentación que se requiere. No se aceptarán solicitudes fuera de la fecha límite publicada en la convocatoria.



## **Hoja de Cotejo – Solicitud Licencia Provisional**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ 1. Formulario de solicitud debidamente cumplimentada.
- \_\_\_\_\_ 2. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Consejeros Profesionales debidamente licenciados.
- \_\_\_\_\_ 3. Certificado de Nacimiento. **(Original y copia)**
- \_\_\_\_\_ 4. Evidencia de ser ciudadano americano o de ser residente permanente de los Estados Unidos.
- \_\_\_\_\_ 5. Transcripciones de Créditos Oficial. **Expedidas** por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su Maestría o Doctorado. La institución debe estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico.
- \_\_\_\_\_ 6. Certificación de Grado Académico **original** y/o copia **oficial** de su diploma.
- \_\_\_\_\_ 7. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **Nota:** De ser electrónico, deberá incluir la validación electrónica del mismo. **(No mayor de seis (6) meses)**
- \_\_\_\_\_ 8. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello. **(Deben incluir su dirección postal)**
- \_\_\_\_\_ 9. 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 Cheque Certificado** pagados al **Secretario de Hacienda**

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

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

[myrnet.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:myrnet.gonzalez@salud.pr.gov), (787)765-2929 Ext. 6607



**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Seguro Social (últimos 4 dígitos): xxxx-xx-\_\_\_\_\_

4. ¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Si nació en el extranjero debe someter evidencia de su estatus actual).

5. ¿Ha sido convicto de algún delito grave?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Si contesta en la afirmativa, explique en un documento aparte)

6. Solicita acomodo razonable: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de acomodo solicita?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deberá presentar evidencia que demuestre causa para tal solicitud. Este podría ser Certificado Médico en original u otro documento que justifique dicho acomodo.

**PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grado obtenido: \_\_\_\_\_ Fecha obtención: \_\_\_\_\_

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

[myrnet.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:myrnet.gonzalez@salud.pr.gov), (787)765-2929 Ext. 6607



**SOLICITUD PARA LICENCIA PROVISIONAL  
DE CONSEJEROS PROFESIONALES**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre      Inicial

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Residencial

Trabajo

Celular

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA**

Comparece \_\_\_\_\_, mayor de edad, \_\_\_\_\_,

Nombre

Estado Civil

Profesión

y vecino de \_\_\_\_\_, debidamente juramentado expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de su persona y fue tomada recientemente.

Adhiera una  
fotografía  
reciente tamaño  
pasaporte

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales información que requiere sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

Acepto cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

Afidávit núm.: \_\_\_\_\_

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por \_\_\_\_\_ de las circunstancias personales antes indicadas y a quien DOY FE de conocer personalmente o haber identificado conforme dispone la ley, \_\_\_\_\_ hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Puerto Rico.

(Sello Notario)

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

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

[myrnet.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:myrnet.gonzalez@salud.pr.gov), (787)765-2929 Ext. 6607



## **CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA MORAL**

(Para ser completado y firmado por dos Consejeros Profesionales)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes *CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS PROFESIONALES DE PUERTO RICO* que conocemos personalmente al(la) solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buen carácter moral, que goza de buena reputación en su comunidad, por lo cual le(la) consideramos apto(a) para ejercer la profesión de Consejeros Profesionales.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**  
(Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**  
(Letra de molde)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Profesión y número de licencia)**

\_\_\_\_\_  
**(Profesión y número de licencia)**

\_\_\_\_\_  
**Número de años que conoce al aspirante**

\_\_\_\_\_  
**Número de años que conoce al aspirante**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

[myrnet.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:myrnet.gonzalez@salud.pr.gov), (787)765-2929 Ext. 6607