



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 de Puerto Rico**

## Junta Examinadora de Consejeros Profesionales



**Formularios del Proceso de Mentoría**  
**Rev. Febrero 2026**



**FORMULARIO 1  
INFORMACIÓN DEL CONSEJERO PROFESIONAL COMO MENTOR  
CERTIFICADO**

Primer Mentor

Cambio de Mentor

**A. INFORMACIÓN DEL MENTOR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Inicial

Núm. de licencia profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfonos: Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Núm. de Certificado de Mentor: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

**B. ÁREAS DE FORMACIÓN Y/O EXPERIENCIA PROFESIONAL**

*(Marque todas las que apliquen)*

- Consejería Escolar
- Consejería de Carrera
- Práctica Privada
- Escenarios Comunitarios
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_
- Consejería Universitaria
- Consejería en Salud Mental
- Sustancias y Adicciones

**C. CERTIFICACIÓN**

El Mentor certifica que:

- Posee licencia profesional vigente emitida por la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales. (Adjuntar copia de Certificación de Registro vigente)
- Posee Certificación de Mentor expedida por la Junta. (Adjuntar copia de Certificado de Mentor)
- Su(s) área(s) de formación y/o experiencia profesional están alineadas con las áreas del Consejero Profesional con licencia provisional a proveer la mentoría.

Certifico que la información provista en este formulario es correcta, completa y veraz.

Firma del Mentor Certificado: \_\_\_\_\_

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



**FORMULARIO 2  
ACUERDO DE MENTORÍA Y PLAN GENERAL DE SUPERVISIÓN**

**I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISADO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Inicial

Núm. de licencia provisional: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICACIÓN DEL MENTOR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Inicial

Núm. de licencia profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

**III. ACUERDO DE MENTORÍA**

Este acuerdo establece una relación profesional entre las partes con el propósito de completar las 500 horas de mentoría requeridas por ley. Se requiere, al menos ,1 hora de supervisión por cada 50 horas de experiencia profesional, para un mínimo de 10 sesiones al completar el proceso de mentoría. El proceso de mentoría refleja que el Consejero Profesional con licencia provisional podrá realizar todas las funciones de la profesión, según establecidos en ley y código de ética. El proceso de mentoría refleja una relación entre pares con el propósito de apoyar al supervisado durante su inicio en el ejercicio de la profesión, por un periodo mínimo de 500 horas. La mentoría no es una relación académica, no es una práctica ni internado, y no limita el ejercicio de la profesión.

Modalidad de supervisión: \_\_\_\_\_ Individual \_\_\_\_\_ Grupal \_\_\_\_\_ Mixta

**IV. PLAN GENERAL DE MENTORÍA**

El plan incluye de forma general:

- Fecha de inicio del proceso de mentoría: \_\_\_\_\_
- Fecha de finalización del proceso de mentoría: \_\_\_\_\_



Tipos de actividades que contarán para horas: \_\_\_\_\_

**Áreas de desarrollo profesional:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fundamentos teóricos de la consejería           | <input type="checkbox"/> Medición y evaluación                 |
| <input type="checkbox"/> El proceso de ayuda                             | <input type="checkbox"/> Fundamentos sociales y culturales     |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo humano y comportamiento disfuncional | <input type="checkbox"/> Teoría y práctica de la investigación |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo ocupacional                          | <input type="checkbox"/> Asuntos éticos y profesionales        |
| <input type="checkbox"/> Proceso de consejería grupal                    | <input type="checkbox"/> Consultoría                           |

**Escenarios donde el Consejero Profesional con licencia provisional estará ejerciendo:**

*(Marque todas las que apliquen)*

- Consejería Escolar
- Consejería Universitaria
- Consejería en Salud Mental
- Práctica Privada
- Sustancias y Adicciones
- Escenarios Comunitarios
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**\*Este plan no requiere desglose detallado por hora.**

**V. RESPONSABILIDADES DEL MENTOR**

El Mentor reconoce que:

1. Es responsable principal ante la Junta Examinadora del proceso de mentoría.
2. Mantendrá comunicación directa con la Junta, según sea requerido.
3. Custodiará por tres (3) años toda la documentación oficial del proceso.
4. Velará por el cumplimiento ético, legal y profesional del proceso.
5. Certificará oficialmente la culminación de las 500 horas mediante el Informe Final.

**VI. RESPONSABILIDADES DEL SUPERVISADO**

El supervisado reconoce que:

1. Cumplirá con los requisitos de mentoría establecidos por ley y reglamento.
2. Mantendrá comunicación constante con su Mentor.
3. Realizará únicamente actividades permitidas bajo ley y código de ética.
4. Documentará adecuadamente sus horas y trabajos relacionados al proceso de mentoría.



### VII. DISPOSICIONES GENERALES

1. Cambios sustanciales en este plan deberán ser notificados por el Mentor a la Junta.
2. Este acuerdo no sustituye lo establecido en la ley ni el reglamento vigente.
3. La evaluación final del proceso será compartida entre el Consejero Profesional con licencia provisional y el Mentor Certificado. Evidencia de dicha evaluación será conservada por el Mentor Certificado por tres (3) años.
4. En caso de terminación temprana del proceso de mentoría, el Mentor debe certificar ante la Junta la cantidad de horas completadas y supervisadas, completando el Formulario: Informe de Culminación del Proceso de Mentoría al momento de finalizar la relación de mentoría.

### VIII. INICIO DEL PROCESO DE HORAS

Una vez sometidos los Formularios 1 y 2, el supervisado puede comenzar inmediatamente el proceso de mentoría.

Firma del Mentor: \_\_\_\_\_

Firma del Supervisado: \_\_\_\_\_

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

#### PARA USO DE LA JUNTA EXAMINADORA

Acuerdo aprobado por: \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Miembro de Junta

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Comentarios (si aplica): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**FORMULARIO 3  
INFORME DE CULMINACIÓN DEL PROCESO DE MENTORÍA**

- Certificación Final
- Certificación Parcial por cambio de Mentor

Nombre del Supervisado: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Inicial

Nombre del Mentor: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre Inicial

Total de horas de mentoría completadas: \_\_\_\_\_ Total de horas de supervisión: \_\_\_\_\_

- Fecha de inicio del proceso de mentoría: \_\_\_\_\_
- Fecha de finalización del proceso de mentoría: \_\_\_\_\_

**Proceso de supervisión ofrecido durante el proceso de mentoría**

Fecha de Supervisión	Tiempo de Supervisión	Modalidad de Supervisión	Horas de Mentoría Completadas a la Fecha

**Certificación del Mentor**

Certifico que el supervisado completó satisfactoriamente \_\_\_\_\_ horas de Mentoría, conforme a la Ley Núm. 147 de 9 de Agosto de 2002, según enmendada, y al Acuerdo de Mentoría previamente presentado ante la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.

Firma del Mentor: \_\_\_\_\_

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



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 de Puerto Rico**

### **CIERRE OFICIAL DEL PROCESO**

Una vez aprobado el Formulario 3, el proceso de mentoría se considera completado y cerrado para fines de la Junta Examinadora.

#### **PARA USO OFICIAL DE LA JUNTA EXAMINADORA**

---

Acuerdo aprobado por: \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Miembro de Junta

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Comentarios (si aplica): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**No se aceptan firmas digitales en estos formularios.**