DEPARTAMENTO DE SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

_____2do intento _____3er intento o más

# SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA LA REVALIDA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO

**Adhiera Fotografía Reciente 2 x 2**

## DECLARACIÓN JURADA

**COMPARECE** _____
Nombre completo del solicitante

**Seguro Social XXX-XX_____ e identificado mediante**

_____ _____, mayor de edad,
Clase de Identificación Número

**Y 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 muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que conoce que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA EXAMINADORA ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD PUERTO RICO** pueda denegar la misma, o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a la **JUNTA EXAMINADORA ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD PUERTO RICO** y a cualquier persona, patrono corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para intercambiar cualquier información que se requiera sobre su persona y sobre el estado de su licencia y para ampliar, aclarar o corroborar información ofrecida en esta o con esta solicitud.

_____
Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____de _____de _____, en

_____ .

**AFIDÁVIT NÚM:** _____

_____
**Firma del Notario**

**SELLO DE ASISTENCIA LEGAL**

**SELLO DEL NOTARIO**

**JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD PUERTO RICO**
P.O. Box 10200. San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787) 765-2929 Ext. 3496
EMAIL: leynie.perez@salud.pr.gov

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Solicitante: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Permanente: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Res. _____ Celular: _____

Email: _____

Estatura: _____ Color de Cabello: _____ Color de Ojos: _____ Peso: ____
Lugar de trabajo: _____

Posición: _____ Tel. del trabajo: _____

Señas Particulares: _____

Fecha De Nacimiento: _____ /_____ /_____ Lugar: _____ /_____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

---

1. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? _____ De contestar en la negativa, indique si usted es:

☐ Naturalizado _____ ☐ Residente _____
Número de Certificado Número de Tarjeta

2. ¿Ha sido cambiado su nombre o su apellido? _____ De Contestar En La Afirmativa, Indique:

_____/_____ _____ _____
Fecha y Lugar del Cambio Razón del Cambio Nombre Y/O Apellido Original

3. ¿Ha sido usted convicto de algún delito? _____ De contestar en la afirmativa, indique:

_____ _____/_____ _____
Naturaleza Del Delito Lugar Y Fecha Estatus

**Utilice Pliego o Documento Aparte Para Información Adicional, De Ser Necesario**

4. Deseo tomar el examen en: español ☐ Ingles ☐

5. Solicita acomodo razonable _____si _____no **(en caso de afirmativo, deberá presentar evidencia medica que especifique el acomodo que solicita)**

## CERTIFICADO MÉDICO

Yo, _____, médico autorizado a ejercer en _____
Nombre del médico en letra legible — Estado/País

mediante la licencia número_____, expedida por _____.
Núm. Licencia — Autoridad que le expidió la licencia

CERTIFICO que he examinado a _____
Nombre del solicitante en letra legible

encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

_____ _____
Fecha — Firma del médico

---

## CERTIFICACIÓN

Por la presente yo, _____ certifico que he cumplido cabalmente con lo establecido en la Ley núm. 165 del año 2004, la cual establece entre sus secciones lo siguiente:

**Sección 2.** Se enmienda el articulo de la ley núm. 31 de 30 de mayo de 1975, según enmendada para que se lea como sigue:

"Articulo 5.- Concesión de licencias"

La junta concederá licencia de administradores de servicios de salud a toda persona que apruebe un examen conforme a las normas adoptadas por la misma mediante reglamentó y que en adición cumpla con los demás requisitos establecidos por el articulo 6 de esta Ley

**ANTE LOS CUAL CERTIFICO,** que al aun no poseer licencia vigente como administradores de servicios de salud emitida por la junta examinadora de administradores de servicios de salid de puerto rico no he hecho uso del titulo de licenciado o licenciada referente a administradores de servicios de salud

De lo antes dicho doy fe hoy _____de _____de 20_____, en _____ Puerto Rico.

_____ _____
Nombre y apellidos (letra de molde) — firma (bolígrafo azul)

**CERTIFICACIÓN JURADA DE LA BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE**

COMPARECE _____, Seguro Social XXX -XX-_____
Nombre del declarante

e identificado mediante _____, _____, y DEBIDAMENTE JURAMENTADO
Clase de identificación Número

CERTIFICA: que posee la licencia de Administrador de Servicios de Salud número _____, expedida en _____,
Estado o país
por la _____;
Nombre de la Junta Examinadora

que conoce personalmente a _____, por espacio de _____ años;
Nombre del declarante

que DA FE de su Buena conducta moral y le recomienda a la JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADOIRES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO como persona apta para ejercer la profesión de Administrador de Servicios de Salud en Puerto Rico.

_____ _____
Dirección del declarante Firma del declarante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____, de _____ ,

en _____.

**AFIDÁVIT NÚM**: _____

**SELLO DEL NOTARIO**

Firma del Notario: _____

**CERTIFICACIÓN JURADA DE LA BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE8**

COMPARECE _____, Seguro Social XXX -XX-_____
Nombre del declarante

e identificado mediante _____, _____ , y DEBIDAMENTE JURAMENTADO
Clase de identificación Número

CERTIFICA: que posee la licencia de Administrador de Servicios de Salud número _____, expedida en

_____,
Estado o país

por la _____;
Nombre de la Junta Examinadora

que conoce personalmente a _____, por espacio de _____ años;
Nombre del declarante

que DA FE de su Buena conducta moral y le recomienda a la JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADOIRES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO como persona apta para ejercer la profesión de Administrador de Servicios de Salud en Puerto Rico.

_____ _____
Dirección del solicitante Firma del solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____, de _____ ,

en _____.

**AFIDÁVIT NÚM**: _____

**SELLO DEL NOTARIO**

_____
Firma del Notario

# JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD

## REQUISITOS GENERALES

_____1.**Solicitud oficial cumplimentada en todas sus partes.**

_____2.**ORIGINAL Y COPIA** de Certificado de nacimiento (Si usted nació en Puerto Rico, debe presentar un certificado de nacimiento que haya sido impreso luego de julio 2010). Solicitantes extranjeros deben proveer su número de tarjeta de residente o certificado de naturalización en el espacio correspondiente de la solicitud y presentar el documento en la oficina de la junta para verificación.

_____3. Presentar **DECLARACION JURADA** de dos (2) miembros de la comunidad, acreditativas de la buena conducta de los solicitantes. (EL FORMATO PARA ESTE

_____4. **Certificado médico** acreditativo de que el solicitante goza de buena salud al momento de radicar la solicitud **(el formulario para este se provee en el formulario de solicitud)**

_____5.**Certificado de Antecedentes Penales** expedido por la Policía de Puerto Rico y/o por el organismo correspondiente del país de origen. (La Junta podrá requerir ambos.) Este documento debe haber sido expedido durante los últimos treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

_____6.**ORIGINAL Y OFICIAL TRANSICRIPCION DE CREDITOS Y CERTIFICACION DE GRADO DE MAESTRIA.** Por una universidad, colegio o escuela reconocido por la junta, acreditado de haber obtenido el grado de maestro en Administradores de Servicios de Salud, o su equivalente, que incluya una residencia administrativa de por lo menos ochocientas (800) horas. En una facilidad de servicios de salud y cuyo preceptor se encuentre en cumplimiento de la ley numero 31 de 30 de mayo de 1975, según enmendado y de ley numero 2 de 23 de febrero de 1990, así como aquellos reglamentos adoptados en virtud de estas. **Estos documentos deben de ser enviando directamente de la institución a la junta a la siguiente dirección**

**Dirección Postal: JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO**
**P. O. BOX 10200 SAN JUAN, PR. 00908-0200**

_____7.**PAGO** por la cantidad de **$15.00** dólares (No reembolsables). Métodos de pago: ATH, Visa MasterCard o Giro Postal o Bancario a nombre de "secretario de Hacienda" de Puerto Rico. **(NO REEMBOLSABLES)**

_____8. GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MÁSTER CARD) Esto es por la compañía Didaxis que ofrece el examen, la cantidad de **$85.00** dólares (**NO REEMBOLSABLES)**

## INFORMACION GENERAL

1. **ACREDITACION DE LA ISTITUCIÓN EDUCATIVA :** La ley Número 75, dispone que, en el caso de instituciones educativas radicadas en Puerto Rico, el programa de estudios deberá estar certificado por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (CES) y por la entidad "Accrediting Comission or Education for Health Services Administration" igualmente dispone que si la institución educativa radica en estados unidos deberá estar certificada por "Accrediting Comission or Education for Health Services Administration".

El requisito de residencia administrativa, así como el requisito de acreditación de la institución de procedencia por "Accrediting Comission or Education for Health Services Administration". En el caso de instituciones educativas radicadas e puerto rico, no aplicara a los solicitantes que hayan iniciado sus estudios en dichas instituciones y en la disciplina de administración de servicios de salud antes del 24 de junio de 2004.

La entidad "Acrediting Commission on Education for Health Services Administration" pasó a ser "The Commission of Healthcare Management Education".

2. **LICENCIA PROVISIONAL**: El Reglamento General de la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud provee para la expedición de una licencia provisional al solicitante ser admitido a examen de reválida. Esta licencia tendrá vigencia hasta que la Junta celebre el examen de reválida más próximo a su expedición y dé a conocer el resultado. La licencia provisional no es renovable.

   El solicitante que interese obtener esta licencia provisional debe pagar los derechos de la misma mediante giro postal o bancario por la cantidad de $10.00 dólares (No reembolsables), pagadero al secretario de Hacienda de Puerto Rico. Esta cantidad debe ser incluida con la solicitud de Licencia Provisional.

3. **MANUAL DE INFORMACIÓN**: Está disponible un Manual de Información sobre Procedimientos de Reválida y Licencia, publicado por la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud según disposición de la Ley Número 107 de 10 de abril de 2003. El mismo contiene las normas sobre el procedimiento de examen de reválida, sobre las licencias y sobre otras leyes que aplican al ejercicio de la profesión de Administrador de Servicios de Salud. Su costo es de $5.00 dólares (No reembolsables), pagaderos mediante giro a favor del secretario de Hacienda de Puerto Rico

4. No se dará curso a las solicitudes de examen o a la licencia provisional hasta tanto el aspirante haya presentado **TODOS** los documentos que acrediten que cumple con todos los requisitos de admisión a examen, según estos detallados en este documento. Manténgase atento a la prensa para conocer las fechas de convocatorias o solicite información a la oficina de la Junta. (Ordinariamente se ofrece una convocatoria entre los meses de mayo a junio y noviembre a diciembre de cada año.)

JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO P.O. OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD Edificio GM GROUP (Tercer Piso) Ave. Ponce de León #1590 en la Car. #1 de Caguas a Río Piedras

**Dirección Postal: JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO**
**P. O. BOX 10200 SAN JUAN, PR. 00908-0200**

**Teléfono:** **(787) 765-2929 Ext. 3496**

**Correo Electrónico:** **leynie.perez@salud.pr.gov**

**Secretaria:** **Leynie Mary Pérez Piñero**

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**
**DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD**
**Edificio GM Group (Tercer Piso)**
Ave. Ponce de León #1590 en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras
Frente al Antiguo Edificio de La Electrónica

## Importante: Para entregar la solicitud, documentos y/o realizar gestiones en nuestras facilidades:

**Para citas:**

Link para coordinar citas: https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/

**Para acceso a nuestro portal:**

Link del portal de salud: https://www.salud.pr.gov/