



SOLICITUD PARA RENOVACIÓN DEL CERTIFICADO DE MENTOR

Nombre: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Seguro Social: XXX-XX-_____ Correo electrónico: _____

Núm. de teléfono celular: _____ Núm. de teléfono alterno: _____

Núm. de Licencia de Consejero/a Profesional: _____ Núm. Certificado de Mentor: _____

AREAS DE FORMACIÓN Y/O EXPERIENCIA PROFESIONAL *(Marque todas las que apliquen)*

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consejería Escolar
<input type="checkbox"/> Consejería de Carrera
<input type="checkbox"/> Práctica Privada
<input type="checkbox"/> Escenarios Comunitarios | <input type="checkbox"/> Consejería Universitaria
<input type="checkbox"/> Consejería en Salud Mental
<input type="checkbox"/> Sustancias y Adicciones
<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 (**No mayor de treinta (30) días previos a la fecha de radicación**).
4. Certificación Negativa de Asume (**No mayor de noventa (90) días previos a la fecha de radicación**).
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 dólares (**\$30.00**). **Pago no reembolsable.**
 Los métodos de pago son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda.**

De su solicitud ser aprobada, el Certificado de Mentor será válido por un período de tres (3) años simultáneo a la fecha de vigencia del Certificado de Registro.

No se aceptarán solicitudes incompletas.

REV. JUNIO/2026