



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SOLICITUD PARA RECERTIFICAR LICENCIA PERMANENTE VENCIDA POR MAS DE DOS TRIENIOS E INACTIVACIÓN

Requisitos Generales

Nombre: _____

Categoría: _____

Lic.: _____

___ Presentar ante la Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico la solicitud debidamente juramentada ante notario público y en el impreso que a sus efectos la Junta provea y las razones por las cuales no se renovó la licencia a tiempo **páginas 3 y 4**

Aquellas solicitudes que sean juramentadas fuera de la jurisdicción del Gobierno de Puerto Rico deberán ser acompañadas por la autenticación del “County Clerk”.

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

___ Presentar identificación válida en Puerto Rico. (*Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real ID*). Copia de ID con foto | Autorización de la persona que vaya a entregar la solicitud.

___ Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de PR (*con vigencia de 30 días junto a su validación*). **Todo profesional que haya residido fuera de Puerto Rico por un término de cinco (5) años previos a la radicación de su Solicitud deberá presentar el original del Certificado de Antecedentes Penales expedido por la autoridad competente del estado, país o países donde haya residido.**

___ Certificación de Credenciales e Historial delictivo. (**PUERTO RICO BACKGROUND CHECK PROGRAM**) Deberá acceder al portal de salud o link (<https://www.salud.pr.gov/CMS/417>).

Para más información llamar a: (787) 765-2929 ext. 6816/ 9032

___ Al momento de entregar solicitud debe presentar la Certificación de Negativa de ASUME o plan de pagos, *su vigencia es de 30 días*.

___ Deberá presentar evidencia de educaciones continuas correspondientes al último trienio vencido.

****DE ACUERDO CON SU CATEGORIA****

___ Otro: _____

Recibido por: _____

Fecha: _____

Entregado por: _____

___ Gestor ___ Candidato

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200



(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516



www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Información Personal

Nombre completo:

Apellidos

Nombre

Dirección:

Dirección Postal

Pueblo

País

Código postal

Teléfono:

Correo electrónico:

Número de licencia:

Fecha de último
vencimiento:

Categoría de licencia:

mm/dd/yyyy

¿Posee licencia activa de otro estado?

- Si poseo otra(s) licencia(s) activa(s) de otros estados.
deberá presentar Goodstanding y copia de la licencia vigente

En caso afirmativo, especifique:

Tipo de licencia / Especialidad:

Número de licencia:

Estado o Jurisdicción:

Fecha de expiración:

- No poseo otra(s) licencia(s) activa(s) de otro estado.

- ¿Posee usted alguna otra licencia en Puerto Rico de mayor categoría? Si No

Categoría: _____ Número de licencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

PO BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200



(787)999-8989 Ext. 6515 / 6516



www.salud.pr.gov

