



RED DE MINISTERIOS  
SONSHINE

## ***RENOVACION DE CREDENCIALES***

*(Aplicación para la renovación de credencial ministerial.)*

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta aplicación debe ser llena completamente y presentada anualmente por miembros de la RMS para renovación de sus credenciales, bien sea Pastores, Ministros, u Obreros. Para la consideración y estudio adecuado de esta solicitud, favor suministrar toda la información solicitada. Si necesita más espacio para ello, por favor usar hojas adicionales relacionando el numeral cuya respuesta desee ampliar. Adjunte certificaciones y diplomas que avalen sus estudios o capacitación relacionada con la actividad que quiere recertificar o adquirir una credencial. Favor usar tinta negra o azul oscuro y escriba en letras de molde lo más claro posible para evitar errores. Una vez llena en su totalidad, envíela por correo a la dirección que se suministra a continuación adjuntando los siguientes documentos sin los cuales no se procesará esta solicitud:

- Dos (2) fotografías tamaño 2”x2” tipo pasaporte
- Certificado de Buena Conducta (Background Check), si aún no ha sido sometido
- Cheque o giro postal a nombre de la *Red de Ministerios Sonshine* por los derechos aplicables, así:  
US\$50.00

RED DE MINISTERIOS SONSHINE  
P.O. Box 15649  
West Palm Beach, FL 33416

[www.reddeministeriossonshine.com](http://www.reddeministeriossonshine.com)

**Nuestras oficinas están disponible para asistirle con cualquier inquietud, favor de contactarnos al número de teléfono (954) 709-7402, para asistencia en llenar su solicitud.**

Favor marcar con una “X” la credencial que está renovando:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> (OL) Obrero Local  | <input type="checkbox"/> (ML) Licencia de Ministro  | <input type="checkbox"/> (MO) Certificado de Ordenación |
| <input type="checkbox"/> (TR) Transferencia | <input type="checkbox"/> (CM) Cobertura Ministerial | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento y lugar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_
3. Dirección postal: \_\_\_\_\_
4. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_
5. Teléfono Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_
6. Correo electrónico: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
7. **Confirme su correo electrónico:** \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
8. Página WEB: http:// WWW. \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
9. ¿Qué posición ocupa actualmente en la iglesia?:  
 Pastor Principal    Co-Pastor    Pastor de Niños    Ministro de Alabanza  
 Pastor Asociado    Pastor de Jóvenes    Evangelista    Misionero    Instructor Bíblico  
 Otro; explique: \_\_\_\_\_
10. Nombre de la iglesia: \_\_\_\_\_
11. Dirección de la iglesia: \_\_\_\_\_
12. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_
13. Teléfono de la iglesia: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_
14. Correo electrónico de la iglesia: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
15. Página Web de la iglesia: www. \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
16. Número de miembros activos en su iglesia: \_\_\_\_\_

## INFORMACION ESTADISTICA Y FAMILIAR DEL SOLICITANTE: (Favor actualizar cambios desde su aplicación inicial.)

17. Ocupación actual: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_
18. Estado Civil:  Soltero(a)    Casado(a)    Viudo(a)    Divorciado(a)    Separado(a)
19. Si está casado(a), indicar la fecha de su aniversario de bodas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
20. ¿Ha sido anteriormente casado(a)?  NO    SI; En este caso, ¿cómo termino su anterior matrimonio?  
 Viudez    Abandono    Anulación    Divorcio (favor anexe a esta solicitud copia simple del acta o sentencia de divorcio y describa en hoja aparte detalles y circunstancias el mismo).
21. Nombre y fecha de nacimiento de su cónyuge: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
22. Lugar de nacimiento y nacionalidad: \_\_\_\_\_
23. ¿Ha sido casado(a) antes?  NO    SI; En este caso, ¿cómo termino su anterior matrimonio?  
 Viudez    Abandono    Anulación    Divorcio (favor anexe a esta solicitud copia simple del acta o sentencia de divorcio y describa en hoja aparte detalles y circunstancias sobre el mismo).
24. Nombres y edades de los hijos:  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_
25. ¿Ha sido convicto de un delito grave? (excluya violaciones menores de conducción):    NO    SI
26. Explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. ¿Acepta someterse a una verificación de antecedentes crediticios?

NO  SI

28. ¿Acepta someter su certificado de Buena Conducta (Background Check)?

NO  SI

**HISTORIA EDUCATIVA Y ACADÉMICA:**

NIVEL	INSTITUCION	NUMERO DE AÑOS CURSADOS	GRADO OBTENIDO
SECUNDARIA			
UNIVERSIDAD			
TECNICOS Y/O SEMINARIOS			

29. ¿Completo el Curso de Entrenamiento Ministerial RMS?

NO  SI

1er. AÑO  2do. AÑO  3er. AÑO  Estudio Equivalente. Descríbalo: \_\_\_\_\_

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

En RMS es requisito que todo Ministro del Evangelio cualquiera que sea su rango se capacite y tome los cursos y capacitaciones disponibles que se programen como entrenamiento, información e inspiración para ser mejores líderes (programas de Educación Continuada para Ministros). De ser aceptado, ¿se compromete usted a aprovechar todos los recursos de preparación, formación, entrenamiento y enseñanza teológica sistemática que RMS programe?  NO  SI

**EXPERIENCIA ECLESIAÍSTICA Y LLAMADO MINISTERIAL:**

30. ¿Está actualmente activo en algún tipo de Ministerio?  NO  SI: Describa en que ministerio está activo: \_\_\_\_\_

31. Nombre de su Supervisor (si aplica): \_\_\_\_\_

32. Teléfono de su Supervisor: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Posición que ocupa su Supervisor en su iglesia: \_\_\_\_\_  
Nombre de la iglesia: \_\_\_\_\_

33. ¿Sabe usted que es un deber participar en los programas RMS tipo conferencia, regional y/o general?  NO  SI

Haga un breve resumen de su experiencia en el liderazgo de la iglesia: \_\_\_\_\_

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

34. Si está solicitando una licencia diferente a la de Ministro de iglesia local, ¿comprende usted que su solicitud está sujeta a la Conferencia Cuadrienal y a la Junta de Directores de la conferencia según se reúnan con el fin de estudiar su solicitud?  NO  SI

35. ¿Se compromete usted a respaldar comunicándole a su iglesia y asistiendo a las actividades organizadas por RMS y sus Ministerios tanto regionales como generales?  NO  SI

36. Sabiendo como Ministros/Líderes que todos somos mayordomos de los recursos que Dios nos entrega para administrar, ¿se compromete usted a rendir fielmente la décima parte (diezmo completo) de todo lo que reciba al alfolí? (para el Pastor o Director de la iglesia el alfolí es la tesorería de RMS; para el Ministro de la iglesia local que no tiene un nombramiento pastoral es la tesorería de su iglesia local).

NO  SI

37. ¿Comprende y acepta que el no cumplir con esta ordenanza cristiana puede significar la pérdida de sus credenciales y retiro de la membresía de RMS?  NO  SI

38. Si llega un momento en que no esté usted en armonía con la visión ministerial de RMS, ¿se compromete a devolver sus credenciales, certificados y licencia al Superintendente?  NO  SI

Declaro que toda la información suministrada por medio de esta aplicación sobre mí, mi cónyuge, mis hijos, mi condición ministerial, estudios y experiencia es la verdad íntegra y que mi firma en este documento significa mi total compromiso, aceptación y obligación moral de cumplimiento con todo lo que aquí dice y los estatutos de RMS. En constancia, firmo ante testigos y acompaño esta aplicación de las certificaciones y recomendación exigidas y demás información solicitada para dar trámite a mi solicitud. Entiendo que la RMS se reserva el derecho de revocar o no renovar mis credenciales.

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE Y FIRMA:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Comentario: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LA RMS

Nombre del Ministro Evaluador: \_\_\_\_\_

Solicitud;  APROBADA  DENEGADA Razones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obispo / Superintendente de RMS

Presidente, Comité de Credencial

Fecha Trámite \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha Trámite \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comité de Credenciales  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_