



## FORMATO TIPO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA  
EL REGISTRO NACIONAL DE COLEGIATURA

## CÓDIGO DE FORMATO

LVRNC-CNP01-2025

## VERSIÓN

1.0-25/01/2025

Nombres y apellidos del interesado:

Nº	REQUISITOS	COLOCAR "SÍ" O "NO" CUMPLE		
		REV.	APR.	
1	Solicitud dirigida al Decano(a) Nacional, solicitando la inscripción en el Registro Nacional de Colegiatura <b>(STC-CNP01-2025)</b> . <b>(*) Tres (3) solicitudes (Consejo Nacional, Consejo Regional y cargo para el interesado).</b>			
2	Llenar dos (2) Declaraciones Juradas <b>(DJ-CNP01-2025)</b> .			
3	Llenar dos (2) juegos de la Ficha de Colegiación y de Carnetización <b>(FCYC-CNP01-2025)</b> .			
4	Tres (3) fotografías recientes tamaño pasaporte a color en fondo blanco. Además, enviar foto en formato JPG al correo: <a href="mailto:sec.colegiados.cnp@gmail.com">sec.colegiados.cnp@gmail.com</a> <b>(**) Las fotografías deben presentarse de la siguiente manera:</b> Rotuladas al reverso con el nombre completo del solicitante (letra imprenta). Dentro de un cobertor transparente. Engrapado en una hoja A-4. Damas: Traje Sastre. Caballeros: Saco y corbata, sin anteojos.			
5	Presentación del Documento de Identidad: Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de extranjería (CE).			
6	Dos (2) copias legalizadas del original en formato A4 del <b>Título Profesional</b> otorgado por una Universidad peruana (Pública o Privada). <b>(***) De acuerdo al Art. 22 del Estatuto del CNP, El Título Profesional es Licenciado en Nutrición Humana, Nutrición y Dietética, Bromatología y Nutrición.</b>			
7	Dos (2) copias simples del original de la Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Grados y Títulos (SUNEDU) <b>(****) En el caso de extranjeros (agregar):</b> Dos (2) copias legalizadas del original de la Resolución de Reconocimiento del Título Profesional (autorizado por SUNEDU).			
8	Voucher (original) y una (1) copia simple de pago por concepto Colegiatura por el monto de S/930.00 soles. En el agente Interbank o APP Interbank, de acuerdo al Consejo Regional donde realiza el trámite. Enviar voucher al correo: <a href="mailto:sanu@cnp.org.pe">sanu@cnp.org.pe</a> Número de celular: <b>949 120 484</b>			
	<b>RESPONSABLE</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>FECHA</b>	<b>VºBº</b>
Rev.	Decano(a) del Consejo Regional			
Apr.	Decano(a) del Consejo Nacional			

**Abreviaturas:** Rev. – Revisado y Apr. – AprobadoPara consultas sobre el proceso de trámite, comunicarse al 949 112 954; [secretaria.colegiados@cnp.org.pe](mailto:secretaria.colegiados@cnp.org.pe)

## NOTA:

- EL FORMATO DEBE SER LLENADO CON LAPICERO DE TINTA AZUL, LETRA MAYÚSCULA; EXCEPTO LA FIRMA DEL COLEGIADO QUE DEBE SER CON LAPICERO DE TINTA NEGRA.
- EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER REQUISITO GENERA DEVOLUCIÓN DEL EXPEDIENTE.

**FORMATO TIPO****SOLICITUD DE TRÁMITE DE COLEGIATURA****CÓDIGO DE FORMATO**

STC-CNP01-2025

**VERSIÓN**

1.0-25/01/2025

Solicito: Inscripción en el Colegio  
de Nutricionistas del Perú

Señora:

**MARITZA ZELA GUEVARA**

Decana Nacional

**Colegio de Nutricionistas del Perú**

Presente. -

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con  
Documento de Identidad N° \_\_\_\_\_ y domiciliado en

\_\_\_\_\_ ,  
con N° de celular \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_

ante usted me presento y expongo:

Que habiendo obtenido el Título Profesional en  
\_\_\_\_\_ satisfactoriamente

en la Universidad \_\_\_\_\_, en

la modalidad de \_\_\_\_\_ y deseando ejercer legalmente mi

profesión de conformidad con la Ley N° 24641 de creación del colegio de Nutricionistas del  
Perú.

Solicito a usted se sirva aceptar mi inscripción en el Registro Nacional de Colegiatura en el  
Colegio de Nutricionistas del Perú, y ordene a quien corresponda cumpla con mi solicitud  
por considerarla justa.

Aprovecho la oportunidad que me brinda la presente, para expresarle mi reconocimiento y  
los sentimientos de mi consideración y alta estima.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Huella

Nombre y apellidos:

DNI o CE:



FORMATO TIPO
DECLARACIÓN JURADA

CÓDIGO DE FORMATO
DJ-CNP01-2025
VERSIÓN
1.0-25/01/2025

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con Documento de Identidad N° \_\_\_\_\_ y domiciliado en \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento conocer el Estatuto, Reglamento y Código de Ética del Colegio de Nutricionistas del Perú, y, por la presente me comprometo a cumplirlos. Y para que así conste accedo a rendir el examen para evaluación y aseverar lo antes mencionado.


\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Atentamente,

<div>Firma</div> <div>Nombre y apellidos:</div> <div>DNI o CE:</div>	<div>Huella</div>
--	-------------------

CONSEJO REGIONAL	Nº RESOLUCIÓN DEL CN	Nº COLEGIATURA	FECHA DE COLEGIACION	NOTA DE LA EVALUACIÓN	APROBADO O DESAPROBADO

\* Llenado por el Consejo Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú

	FORMATO TIPO					CÓDIGO DE FORMATO	
	FICHA DE COLEGIACIÓN Y CARNETIZACIÓN					FCYC-CNP01-2025	
						VERSIÓN	
						1.0-25/01/2025	

CONSEJO REGIONAL	Nº RESOLUCIÓN DEL CN	Nº COLEGIATURA	FECHA DE COLEGIACIÓN			<b>PEGAR FOTO TAMAÑO PASAPORTE 4.0 X 4.5 CM</b>
			Día	Mes	Año	

\*Deben ser llenados por el Consejo Nacional del Colegio de Nutricionistas del Perú

<b>I. INFORMACIÓN PERSONAL</b>							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres			
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	GRUPO SANGUÍNEO:		ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)		<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Conviviente
NACIMIENTO:	Día	Mes	Año	País	Distrito	Provincia	Departamento
Nº DNI:	Nº C. EXTRANJ.:		Nº TELÉF.	Nº CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:		
DOMICILIO:		Jr. / Calle / Av.				Urbanización / AA.HH	
		Distrito				Provincia	
						Departamento	
¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tipo de Discapacidad:		Nº Registro CONADIS:	
FACEBOOK:		INSTAGRAM:			X:		

<b>II. INFORMACIÓN LABORAL</b>							
MODALIDAD: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente		NOMBRE DEL CENTRO DEL TRABAJO:			CARGO:		
CONDICIÓN LABORAL:		<input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> Contrato 276 <input type="checkbox"/> CAS Indeterminado <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Otros especificar: <input type="checkbox"/> Contrato 728 <input type="checkbox"/> Contrato CAS <input type="checkbox"/> Locación de Servicio <input type="checkbox"/> Jubilado					
DIRECCIÓN:	Jr. / Calle / Av.			Distrito	Provincia	Departamento	
Nº TELÉF:	Nº CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:		TIENE OTRA OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
				1. _____ 2. _____			
TIPO DE SEGURO CON EL QUE CUENTA:				TIPO DE FONDO DE PENSIONES CON EL QUE CUENTA:			
<input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Otros: _____				<input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> ONP <input type="checkbox"/> Otros: _____			

<b>III. INFORMACIÓN ACADÉMICA</b>							
UNIVERSIDAD QUE OTORGA EL TÍTULO:			PAÍS:	SEDE PRINCIPAL:	SEDE DE ESTUDIO:		
¿CÓMO OBTUVO EL TÍTULO?			MODALIDAD:		NOMBRE DE TESIS:		
<input type="checkbox"/> Curso Profesional <input type="checkbox"/> Tesis			<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Semipresencial <input type="checkbox"/> Virtual				
RESOLUCIÓN RECTORAL:		Día	Mes	Año	Nº Resolución:	Nº Libro	Nº Hoja
CURSO DE POSGRADO O ACTUALIZACIÓN (menciones los más recientes)				IDIOMAS			
1. _____ 2. _____ 3. _____				Inglés <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado Italiano <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado Otros <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado Indicar Idiomas _____			

IV. FONDO DE ASISTENCIA SOCIAL - FAS					
De acuerdo a lo establecido en el Art. 82 del Estatuto, Art. 133 del Reglamento del Estatuto del Colegio de Nutricionistas del Perú y del Reglamento del Fondo de Asistencia Social, en caso de fallecimiento, Declaro Bajo Juramento nombrar como beneficiario(s) a:					
Nombres y Apellidos	DNI	F. Nacimiento	Parentesco	Nº Celular	Domicilio
1.					
2.					
Correo electrónico 1:			Correo electrónico 2:		

CLAÚSULA DE PRIVACIDAD DE DATOS

De acuerdo a la Ley de Protección de Datos personales – Ley Nº 29733 y su reglamentación, el suscrito NO autoriza al Colegio de Nutricionistas del Perú a proporcionar los datos personales mencionados en este documento a terceros.

FIRMA CON LAPICERO DE TINTA NEGRA

HUELLA DEL COLEGIADO

NO EXCEDERSE DEL RECUADRO

Visto el expediente del solicitante el **CONSEJO REGIONAL** \_\_\_\_\_ del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe, lo declara conforme.

Visto el expediente del solicitante el **CONSEJO NACIONAL** del Colegio de Nutricionistas del Perú que suscribe, lo declara conforme.

\_\_\_\_\_  
DECANO(A)

\_\_\_\_\_  
DECANO(A)

\_\_\_\_\_  
VICE-DECANO(A)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) GENERAL

\_\_\_\_\_  
VICE-DECANO(A)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) GENERAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
ADMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
ECONOMÍA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
ADMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
ECONOMÍA

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) IMAGEN  
INSTITUCIONAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
CIENTÍFICO

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A) IMAGEN  
INSTITUCIONAL

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
CIENTÍFICO