



## FORMATO TIPO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA  
EL REGISTRO NACIONAL DE COLEGIATURA

## CÓDIGO DE FORMATO

LVRNC-CNP01-2026

## VERSIÓN

1.0-12/01/2026

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>			
	RESPONSABLE	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA	VºBº
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**

<b>CÓDIGO DE FORMATO</b>
STC-CNP01-2025
<b>VERSIÓN</b>
1.0-25/01/2025

Solicito: Inscripción en el Colegio  
de Nutricionistas del Perú

**MG. ROSA ELENA CRUZ  
MALDONADO**  
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,

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

\_\_\_\_\_  
Huella

apellidos: DNI o CE:



**FORMATO TIPO**

**DECLARACIÓN JURADA**

<b>CÓDIGO DE FORMATO</b>
DJ-CNP01-2025
<b>VERSIÓN</b>
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,

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Huella

Nombre y

apellidos: DNI o CE:

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

## FICHA DE COLEGIACIÓN Y CARNETIZACIÓN

CÓDIGO DE FORMATO

FCYC-CNP01-2025

VERSIÓN

1.0-25/01/2025

CONSEJO REGIONAL	Nº RESOLUCIÓN DEL CN	Nº COLEGIATURA	FECHA DE COLEGIACIÓN				
			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			
<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>GRUPO SANGUÍNEO:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)					
<b>NACIMIENTO:</b>	Día	Mes	Año	País	Distrito	Provincia	Departamento
<b>Nº DNI:</b>	<b>Nº C. EXTRANJ.:</b>	<b>Nº TELÉF.</b>	<b>Nº CELULAR:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>			
<b>DOMICILIO:</b>	Jr. / Calle / Av.				Urbanización / AA.HH		
	Distrito		Provincia		Departamento		
<b>¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Discapacidad:			Nº Registro CONADIS:		
<b>FACEBOOK:</b>	<b>INSTAGRAM:</b>		<b>X:</b>				

PEGAR FOTO  
TAMAÑO  
PASAPORTE  
4.0 X 4.5 CM

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

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

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 N° 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.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
ECONOMÍA

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)  
ECONOMÍA

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

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