



# Colegio Tecnólogo Médico del Perú

Ley N° 24291 y D.L. 027-86 S.A

## REQUISITOS - TRÁMITE DE RECARNETIZACIÓN

1. DIPLOMA DE TÍTULO PROFESIONAL - ORIGINAL.
2. DIPLOMA DE GRADO DE BACHILLER - ORIGINAL.
3. DIPLOMA DE COLEGIATURA - ORIGINAL.
4. CERTIFICADO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS O RECORD ACADÉMICO - ORIGINAL.
5. FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL DIPLOMA DE TÍTULO PROFESIONAL (T/A4).
6. FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL DIPLOMA DE GRADO DE BACHILLER (T/A4).
7. FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL DIPLOMA DE COLEGIATURA (T/A4).
8. FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL CERTIFICADO DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS O RECORD ACADÉMICO (T/A4).
9. FOTOCOPIA LEGALIZADA DEL DNI (T/A4).
10. FOTOGRAFÍA TAMAÑO CARNET A COLOR (02).
11. LLENAR FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS (SE ADJUNTAN AL PRESENTE).
12. LLENAR FICHA PARA LA ELABORACIÓN DEL CARNET (SE ADJUNTA AL PRESENTE).
13. PAGO DE S/30.00 POR ELABORACIÓN DE CARNET.
14. PAGO DE S/300.00 PARA EL CURSO DE ÉTICA (A CALIFICAR).
15. PAGO DE APORTACIONES DE ENERO 1997 HASTA MAYO 2015 (S/10.00 POR MES) DESDE JUNIO 2015 A LA ACTUALIDAD (S/20.00).

**NOTA: LOS PAGOS DEBERÁN SER EFECTUARSE EN EL BANCO. CUENTAS A NOMBRE DEL C.T.M.P.:**

**CTA. CTE. N° 0011-0150-03-0100020307 - BANCO CONTINENTAL  
ENTREGAR EL VOUCHER DE DEPÓSITO PARA CANJEARLO POR UNA BOLETA DE VENTA.**

### FICHA PARA ELABORACIÓN DE CARNET

NOTA: SIRVASE A LLENAR SUS DATOS CON LETRA LEGIBLE, PARA QUE NO HALLA ERROR EN LA IMPRESIÓN DE SU CARNET

#### DATOS AL ANVERSO

ESPECIALIDAD : \_\_\_\_\_

APELLIDOS : \_\_\_\_\_

NOMBRES : \_\_\_\_\_

N° DE COLEGIATURA : \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL REVERSO

D.N.I. N° : \_\_\_\_\_

**FIRMA EN EL CENTRO DEL RECUADRO**



# COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ

## CONSEJO NACIONAL

### FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

#### 1. DATOS PERSONALES:

- 1.1. N° CTMP : \_\_\_\_\_ Fecha de Colegiatura: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 1.2. Apellidos : \_\_\_\_\_
- 1.3. Nombres : \_\_\_\_\_
- 1.4. Domicilio Actual:  
Av/ Calle/ Jr.: \_\_\_\_\_  
N°/ Mz/Lt. : \_\_\_\_\_  
Urbanización: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
Provincia : \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_
- 1.5. Teléfonos:  
Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Referencial: \_\_\_\_\_
- 1.6. E-mails: \_\_\_\_\_

#### 2. DATOS LABORALES

- 2.1. Dependencia:  MINSA  
 EsSalud  
 FF.AA. Y PNP.  
 Ministerio de Educación.  
 ONG.  
 Privado

- 2.2. Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Av. / Calle/ Jr.: \_\_\_\_\_  
N°/ Mz./Lt. : \_\_\_\_\_ Urbanización: \_\_\_\_\_  
Distrito : \_\_\_\_\_  
Provincia : \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Teléfonos : \_\_\_\_\_ Anexos: \_\_\_\_\_  
Modalidad de Contrato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro de la orden  
DNI. N°: \_\_\_\_\_  
Ubigeo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_