



Colegio de Psicólogos del Perú
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

(ANEXO N° 01)

Fecha: **COMPLETAR**

Solicita: **INSCRIPCIÓN EN EL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ**

Señor
DECANO(A) NACIONAL
Colegio de Psicólogos del Perú
Jr. Mateo Pumacahua N° 936, Jesús María
Lima.-

Señor Decano:

Yo **COMPLETAR**
, identificado(a) con D.N.I. **COMPLETAR** y domiciliado(a) en **COMPLETAR**
COMPLETAR Provincia de **COMPLETAR**
Departamento de **COMPLETAR**

Ante usted, con el debido respeto me presento y expongo

Que, habiendo concluido satisfactoriamente mis estudios de Psicología en la Universidad **COMPLETAR** y habiendo obtenido el Título de Licenciado(a), expreso a usted mi voluntad de ser miembro del Colegio de Psicólogos del Perú, a través de mi correspondiente incorporación al Consejo Directivo Regional **- LIMA Y CALLAO** solicito a su digno Consejo se sirva aceptar mi inscripción en el Registro de Matrículas de la Orden.

Para tal efecto, acompaño la respectiva ficha de inscripción, los documentos estipulados en la Resolución N° 218-2023-CDN-C.Ps.P., así como el comprobante de pago del derecho de postulación establecido, refrendando - con la presente Declaración Jurada - que los documentos que presento son auténticos, quedando el Consejo Directivo Nacional autorizado para proceder a la verificación que sea pertinente.

POR LO TANTO:

Solicito a usted ordenar a quien corresponda cumpla con mi solicitud por ser de justicia.

Atentamente,

FIRMA ORIGINAL

(firma del solicitante)

FECHA DE INCORPORACIÓN

...../...../.....

CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL

.....

COLEGIATURA N°

.....



Colegio de Psicólogos del Perú
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

FOTO PONER FOTO DIGITAL

I DATOS GENERALES

APELLIDO PATERNO

COMPLETAR

APELLIDO MATERNO

COMPLETAR

PRIMER NOMBRE

COMPLETAR

SEGUNDO NOMBRE

COMPLETAR

LUGAR DE NACIMIENTO

DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
COMPLETAR	COMPLETAR	COMPLETAR

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
COMPLETAR	COMPLETAR	COMPLETAR

COMPLETAR FECHA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

D.N.I.	R.U.C.	PASAPORTE	BREVETE
COMPLETAR	OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL

DOMICILIO

AV., CALLE, JIRÓN, PASAJE	NÚMERO	URBANIZACIÓN	CÓDIGO POSTAL
COMPLETAR	COMPLETAR	COMPLETAR	OPCIONAL

DISTRITO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA
COMPLETAR	COMPLETAR	COMPLETAR

TELÉFONOS

CELULAR 1	CELULAR 2	FIJO
COMPLETAR	COMPLETAR	COMPLETAR

CORREO ELECTRÓNICO

CORREO 1	CORREO 2
COMPLETAR	COMPLETAR

ESTADO CIVIL

COMPLETAR

GRUPO SANGUINEO

COMPLETAR

FACTOR

COMPLETAR

NOMBRE DEL ESPOSO(A)

PROFESIÓN / OCUPACIÓN

OPCIONAL	
-----------------	--

Nº DE HIJO	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL
	OPCIONAL			

II DATOS ACADÉMICOS

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA

TÍTULO OBTENIDO

FORMA Y FECHA DE OBTENCIÓN DE TÍTULO COMPLETAR DE ACUERDO A LO QUE CORRESPONDA

TESIS	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>	TÍTULO	<input style="width: 95%;" type="text" value="COMPLETAR"/>
CASO CLÍNICO	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>		
EXAMEN DE GRADO	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>		
OTRO (INDICAR)			<input style="width: 100%;" type="text"/>		

ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN

CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	EDUCACIONAL	<input type="checkbox"/>	SOCIAL	<input type="checkbox"/>	ORGANIZACIONAL	<input type="checkbox"/>
COMUNITARIA	<input type="checkbox"/>	DEPORTIVA	<input type="checkbox"/>	JURÍDICA	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="checkbox"/>

REVALIDACIÓN (Para los que hubiesen estudiado en el extranjero)

INSTITUCIÓN	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
TÍTULO OBTENIDO	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
LUGAR	<input style="width: 95%;" type="text"/>	FECHA	<input style="width: 25%;" type="text"/>		
REVALIDACIÓN OTORGADO POR	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
LUGAR	<input style="width: 95%;" type="text"/>	FECHA	<input style="width: 25%;" type="text"/>		

MAESTRÍA

MAESTRÍA EN	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
MENCIÓN	<input style="width: 95%;" type="text"/>	UNIVERSIDAD	<input style="width: 45%;" type="text"/>		
TIEMPO DE ESTUDIO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
TÍTULO DE TESIS	<input style="width: 100%;" type="text"/>				

DOCTORADO

MAESTRÍA EN	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
MENCIÓN	<input style="width: 95%;" type="text"/>	UNIVERSIDAD	<input style="width: 45%;" type="text"/>		
TIEMPO DE ESTUDIO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
TÍTULO DE TESIS	<input style="width: 100%;" type="text"/>				

IDIOMA

IDIOMA	<input style="width: 95%;" type="text"/>	CENTRO DE ESTUDIOS	<input style="width: 45%;" type="text"/>		
TIEMPO DE ESTUDIO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	CERTIFICADO OBTENIDO	<input style="width: 60%;" type="text"/>		

OTROS ESTUDIOS

ESTUDIO DE	<input style="width: 95%;" type="text"/>	CENTRO DE ESTUDIOS	<input style="width: 45%;" type="text"/>		
TIEMPO DE ESTUDIO	<input style="width: 95%;" type="text"/>	CERTIFICADO OBTENIDO	<input style="width: 60%;" type="text"/>		

OPCIONAL

ESTUDIO DE CENTRO DE ESTUDIOS
 TIEMPO DE ESTUDIO CERTIFICADO OBTENIDO

III ACTIVIDAD PROFESIONAL

EJERCE
 NO EJERCE

INSTITUCIÓN(ES) PARA LA(S) QUE TRABAJA

INSTITUCIÓN SECTOR
 CARGO QUE DESEMPEÑA TIEMPO DE SERVICIO - PARCIAL COMPLETA
 TIEMPO DE SERVICIO DIRECCIÓN
 TELÉFONO NOTA

INSTITUCIÓN SECTOR
 CARGO QUE DESEMPEÑA TIEMPO DE SERVICIO - PARCIAL COMPLETA
 TIEMPO DE SERVICIO DIRECCIÓN
 TELÉFONO NOTA

ACTIVIDAD PARTICULAR

CONSULTORIO INSTITUTO CENTRO EDUCATIVO
 OTRO TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO
 CARGO QUE DESEMPEÑA DIRECCIÓN
 TELÉFONO

CONSULTORIO INSTITUTO CENTRO EDUCATIVO
 OTRO TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO
 CARGO QUE DESEMPEÑA DIRECCIÓN
 TELÉFONO

IV OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES - NO PSICOLÓGICAS

CONSULTORIO INSTITUTO CENTRO EDUCATIVO
 OTRO TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO
 CARGO QUE DESEMPEÑA DIRECCIÓN
 TELÉFONO

CONSULTORIO INSTITUTO CENTRO EDUCATIVO
 OTRO TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO
 CARGO QUE DESEMPEÑA DIRECCIÓN
 TELÉFONO

V NECESIDAD DE CAPACITACIÓN

ÁREA(S) EN LA QUE DESEARÍA RECIBIR UNA CAPACITACIÓN

CLÍNICA COMUNITARIA EDUCACIONAL
 DEPORTIVA SOCIAL JURÍDICA
 INDUSTRIAL ORGANIZACIONAL OTRO

COMPLETAR SI CUENTA CON LA INFORMACIÓN

OPCIONAL

TEMAS

1-	
2-	

VI BIENESTAR

¿QUE ASPECTOS DE BIENESTAR PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL DESEARÍA USTED QUE EL COLEGIO PROMOVIERA ENTRE LOS MIEMBROS DE LA ORDEN?

<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN MÉDICA	<input type="checkbox"/>	COOPERATIVAS	<input type="checkbox"/>	OTROS
<input type="checkbox"/>	SEGUROS	<input type="checkbox"/>	RECREACIÓN		

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento al Colegio de Psicólogos del Perú, a efectos del vigente del proceso de incorporación, encontrándome en conocimiento de las sanciones aplicables a en caso de constatarse falso testimonio.

VII FICHA DE RECEPCIÓN

FIRMA ORIGINAL

FIRMA DEL PROFESIONAL

RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO

EL DECANO DEL CDR	
-------------------	--

 QUE SUSCRIBE, LUEGO DE LA REVISIÓN DE LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN
, DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE.

FECHA

--

DECANO REGIONAL

EL DECANO DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL QUE SUSCRIBE DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE

JESÚS MARÍA/...../.....

DECANO NACIONAL

OBSERVACIONES

COPIA SIMPLE DEL TÍTULO DE LICENCIATURA (DEBE ESTAR REGISTRADO EN SUNEDU)



EN NOMBRE DE LA NACIÓN

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

CONFIERE A:



DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

OTORGADO POR EL CONSEJO UNIVERSITARIO EL DÍA 31 DE DICIEMBRE DE 2021 AL HABER CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES.

POR LO TANTO, SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA PARA QUE SE LE RECONOZCA COMO TAL.

DADO Y FIRMADO EN TRUJILLO, 17 DE ENERO DEL AÑO 2022



Firmado digitalmente por: ROSA JULIANA LOMPARTE ROSALES
DNI: 40451836 RUC: 20164113532
Motivo: Responsable de la firma
Fecha y hora: 20.01.2022 09:16:19

ABOG. ROSA JULIANA LOMPARTE ROSALES
SECRETARIO GENERAL



Firmado digitalmente por: JEANNETTE CECILIA TANTALEÁN RODRÍGUEZ
DNI: 17824812 RUC: 20164113532
Motivo: Responsable de la firma
Fecha y hora: 20.01.2022 08:53:58

DRA. JEANNETTE CECILIA TANTALEÁN RODRÍGUEZ
RECTOR



Firmado digitalmente por: JUAN AGLIBERTO QUIJANO PACHECO
DNI: 06580697 RUC: 20164113532
Motivo: Responsable de la firma
Fecha y hora: 20.01.2022 08:20:41

DR. JUAN AGLIBERTO QUIJANO PACHECO
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

COPIA SIMPLE DEL TÍTULO DE LICENCIATURA



CERTIFICACIÓN

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO QUE SUSCRIBE, CERTIFICA QUE ESTE DOCUMENTO ES AUTÉNTICO Y HA SIDO EXPEDIDO Y SUSCRITO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES DE LA UNIVERSIDAD, CUYAS FIRMAS SON IGUALMENTE AUTÉNTICAS.

TRUJILLO, 17 DE ENERO DEL AÑO 2022

 Firmado digitalmente por ROSA ELIZABETH LOMPARTE
RUC: AL054014389 RUC: 20184318392
Puesto: Responsable de la Firma
Fecha y hora: 2022.01.17 09:38 AM
SECRETARÍA GENERAL

CÓDIGO DE LA UNIVERSIDAD :

TIPO DE DOCUMENTO :

NÚMERO DE DOCUMENTO :

ABREVIATURA GRADO/TÍTULO :

GRADO O TÍTULO SE OBTUVO POR :

MODALIDAD DE ESTUDIOS :

NÚMERO DE RESOLUCIÓN :

FECHA DE RESOLUCIÓN :

TIPO DE EMISIÓN DEL DIPLOMA :

CÓDIGO DEL LIBRO :

CÓDIGO DEL FOLIO :

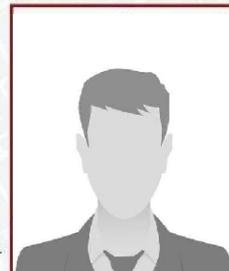
NRO. DE REGISTRO EN EL LIBRO :

ANTECEDENTES PENALES VIGENTES

* La vigencia del documento debe vencer después de la juramentación de colegiatura



REPÚBLICA DEL PERÚ PODER JUDICIAL CERTIFICADO JUDICIAL DE ANTECEDENTES PENALES



(Para uso exclusivo del interesado)

Certificado Electrónico de Antecedentes Penales, aprobado mediante R.A. N° 212-2016-CE-PJ.
La copia impresa de este documento es válida según el D.S. N° 026-2016-PCM,
3ra disposición complementaria.

SE CERTIFICA QUE:

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRE NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SOLICITA PARA

TRAMITE ADMINISTRATIVO

NO REGISTRA ANTECEDENTES



N° TASA

087463

FECHA PAGO

07/08/2023

HORA

16:17:28

VALOR

S/ 52.80



ABG. VICKY YAJAIIRA TAVARA CAVERO

Jefa del Registro Nacional Judicial
GERENCIA GENERAL
PODER JUDICIAL

OPERADOR CONSULTA

USRCAP

EXPEDIDO

07/08/2023

HORA

16:21:39

CADUCA

05/11/2023





Colegio de Psicólogos del Perú

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

Jr. Mateo Pumacahua N° 936 - Jesús María / Lima - Perú
web oficial: cspsp.pe / correo electrónico: mesadepartes_cdn@cspsp.pe

FOTO
(DENTRO DEL CUADRO)

**PONER FOTO
DIGITAL**

- * VESTIMENTA FORMAL
- * SIN ANTEOJOS
- * FOTO A COLOR - FONDO BLANCO

PRIMER NOMBRE:

COMPLETAR

SEGUNDO NOMBRE:

COMPLETAR

APELLIDO PATERNO:

COMPLETAR

APELLIDO MATERNO:

COMPLETAR

NUMERO DE COLEGIATURA:

NO COMPLETAR

DNI CE

SELECCIONAR Y COMPLETAR

GRUPO SANGUINEO:

COLOCAR SU FIRMA

FIRMA DENTRO DEL CUADRO

**BOLETAS DE PAGO EMITIDAS POR EL ÁREA
CORRESPONDIENTE**

**(NO SE ACEPTAN COMPROBANTES
BANCARIOS)**



Colegio de Psicólogos del Perú
CDR I LIMA Y CALLAO
RUC: 20147736739
SAN FELIPE N.º 555 - JESUS MARIA
LIMA - PERU

**BOLETA DE VENTA ELECTRONICA
B006-00055342**

FECHA EMISION: 04-07-2023 05:31:19

CLIENTE :
RUC/DNI :
DIRECCION : -
FORMA PAGO:CONTADO

CANT	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE
1.0	COLEGIATURA CDR	1,039.50	1,039.5
	OP. GRAVADAS		0.00
	OP. EXONERADAS		0.00
	OP. INAFECTAS		1,039.50
	OP. GRATUITAS		0.00
	IGV		0.00
	TOTAL		1,039.50

Representación impresa del comprobante electrónico
Consulta tu comprobante de pago en nuestra web:
<http://see.itc.com.pe/portal>
Gracias por su compra





Colegio de Psicólogos del Perú

RUC: 20147736739

Jr. Mateo Pumacahua 936 - Jesús María, Lima -
Perú Tel. 330-5231 / 332-9582
Página Web Oficial: www.cpsp.pe

BOLETA DE VENTA ELECTRONICA
B003-00022415

FECHA EMISION: 31-07-2023 02:13:20

CLIENTE :
RUC|DNI :
DIRECCION : -
FORMA PAGO:CONTADO

CANT	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE
1.0	COLEGIATURA	415.80	415.8
	OP. GRAVADAS	0.00	
	OP. EXONERADAS	0.00	
	OP. INAFECTAS	415.80	
	OP. GRATUITAS	0.00	
	IGV	0.00	
	TOTAL	S/ 415.80	

Representación impresa del comprobante electrónico

Consulta tu comprobante de pago en nuestra web:

<http://see.itc.com.pe/portal>

Gracias por su compra



Colegio de Psicólogos del Perú

RUC: 20147736739

Jr. Mateo Pumacahua 936 - Jesús María, Lima -
Perú Tel. 330-5231 / 332-9582
Página Web Oficial: www.cpsp.pe

BOLETA DE VENTA ELECTRONICA
B004-00019601

FECHA EMISION: 30-06-2023 12:29:22

CLIENTE :
RUC|DNI :
DIRECCION : -
FORMA PAGO:CONTADO

CANT	DESCRIPCION	PRECIO	IMPORTE
1.0	BIENESTAR SOCIAL "PIAAC"	29.70	29.7
	OP. GRAVADAS	0.00	
	OP. EXONERADAS	29.70	
	OP. INAFECTAS	0.00	
	OP. GRATUITAS	0.00	
	IGV	0.00	
	TOTAL	29.70	

Representación impresa del comprobante electrónico

Consulta tu comprobante de pago en nuestra web:

<http://see.itc.com.pe/portal>

Gracias por su compra

