

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA

FORMATO PARA EL REGISTRO NACIONAL DE
GRADOS Y TÍTULOS CONFERIDOS POR LAS
UNIVERSIDADES DEL PERÚ (LEY N° 30220)

1. Código de la Universidad de origen **021**

2. Facultad: **Medicina "Hipólito Unanue"**

3. Escuela / Carrera Profesional: _____

4. Sección de Postgrado: _____

5. Apellidos: _____

6. Nombres: _____

7. Doc. Identidad (DNI): _____

8. Grado Académico y/o Título profesional obtenido :

Especialidad / Mención _____

9 Fecha del acto Acad. (aprobación según modalidad) : R.S. N° 017-2015 – R.R. N° 8208-2015-UNFV.

-Sustentación de tesis: ☐

-Examen de Suficiencia Profesional ☐

- Informe del Trabajo Profesional ☐

- Otra modalidad ☐

- Automático ☐

10 Fecha del Acuerdo del Consejo Universitario: ____/____/____

11 N° Resolución Rectoral N° _____ Fecha ____/____/____

12 Fecha de expedición del Diploma: ____/____/____

13 Cargos y nombres de las autoridades que suscriben el Diploma:

Aut. 1 : RECTOR : _____

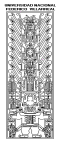
Aut. 2 : SECRETARIO GENERAL : _____

Aut. 3 : DECANO : _____

14 Registro en la Univ : Libro: _____ Folio: _____ Registro: _____

Secretario General

Jefe de Registros de Grados y Títulos



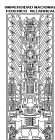
CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LAS FOTOGRAFÍAS PRESENTADAS POR LOS USUARIOS:

- Tamaño Pasaporte (se recomienda de Estudio Fotográfico)
- Ancho 3.5mm
- Alto 4.5mm
- PESO 150 KP (mínimo)



Adicionalmente, se debe tener en consideración lo siguiente para las fotografías digitales:

- Debe ser a color, en fondo blanco, sin retoque y de frente
- Antigüedad menor de 6 meses
- Dimensión de la cara: 70 a 80% de la superficie de la foto mostrando los hombros a partir de la clavícula
- Rostro y orejas despejados
- Sin accesorios tales como adornos, moños, broches, anteojos, gorros, etc. **EJEMPLO**
- Fondo y rostro nítidos
- Sin sombras
- Con expresión neutra



REQUISITOS PARA EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA

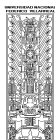
1. Número de trámite (NT) solicitar en la plataforma virtual de mesa de partes de la UNFV
2. Formato de la SUNEDU con foto
3. Solicitud dirigida al Decano solicitando Título de Especialista
4. Copia del DNI a colores
5. Constancia de inscripción a la SUNEDU de médico cirujano
6. Copia Título Profesional de médico cirujano legalizado por la universidad de origen (hasta 01 año)
7. Certificado de estudios Original total de créditos 120
8. Record académico
9. Constancia de egresado **S/. 35.20 (BANCO DE COMERCIO Cod. 83169)** Se tramita en Postgrado presencial.
10. Resolución de ingreso
11. Dictamen del proyecto de investigación
12. 01 Fotografía tamaño pasaporte en formato de imagen (JPG)
13. Recibo RESOL.EXP-SEG-ESPC. **S/. 38.90 (BANCO DE COMERCIO Cod. 83407)**
14. Recibo por emisión del título virtual **S/. 800.00 (En el BCP 193-1161-080-080)**
15. Declaración Jurada
16. Proyecto de investigación en formato (PDF)

PRESENTAR 3 ARCHIVOS

- 1.- **EXPEDIENTE CON REQUISITOS DEBE PESAR 3 MG.**
- 2.- **PROYECTO EN PDF MENOS DE 3 MG.**
- 3.- **1 FOTOGRAFIA EN IMAGEN DE JPG - PESO 150 KP.**

NOTA: ENVIAR el expediente AL CORREO

ogge.fmhu@unfv.edu.pe



NT:

SOLICITUD: Título de Especialista

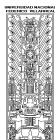
en

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE" DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO "VILLARREAL"
S.D.**

Yo, -----con N° de matrícula
-----N° DNI-----Médico cirujano con N° CMP,
-----, domiciliado en
-----Distrito
-----Departamento-----celular
-----correo electrónico -----fecha de
matrícula: ---/---/--- y fecha de egreso ---/---/---, ante usted, y con el
debido respeto me presento y expongo:

**Que, habiendo concluido satisfactoriamente mis estudios de la Segunda Especialidad y
cumpliendo con los requisitos exigidos por la oficina de Grados y Gestión del Egresado.
Solicito se me declare "EXPEDITO" para optar el título de especialista correspondiente para
tal efecto adjunto los siguientes requisitos:**

1. Formato de la SUNEDU con foto
2. Solicitud dirigida al Decano solicitando Título de Especialista
3. Copia del DNI a colores
4. Constancia de inscripción a la SUNEDU de médico cirujano
5. Copia Título Profesional de médico cirujano legalizado por la universidad de origen (hasta 01 año)
6. Certificado de estudios Original total de créditos **120**
7. Record académico
8. Constancia de egresado
9. Resolución de ingreso
10. Dictamen o Informe del trabajo de tesis
11. 01 Fotografía tamaño pasaporte en formato de imagen (JPG)
12. Recibo de expedito **S/. 38.90**
13. Recibo de título **S/. 800.00**
14. Declaración Jurada



15. Proyecto de investigación en formato (PDF)

El Agustino,..... de..... 20....

.....

Firma

DECLARACIÓN JURADA

Yo, -----con DNI. -----,

domiciliado (a) en,

.-----Graduando de la

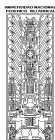
Facultad de Medicina "Hipólito Unanue" declaro bajo juramento SI

NO haber realizado trámite alguno con

Anterioridad para obtener el Diploma de:

Título de la Segunda Especialista escolarizado en Medicina ☐

El Agustino, -----de ----- 20----



UNIVERSIDAD NACIONAL
FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y GESTION DEL EGRESADO

Firma