



SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR

1. Utilice letra imprenta o preferiblemente máquina de escribir
2. Cuando se trate de direcciones, estas deberán estar completas, sin abreviaturas

DATOS PERSONALES DEL CONVALIDANTE		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
Número de C.C. o C.E. (si no se tiene, número de pasaporte)	Lugar de Expedición	
Nacionalidad		
Dirección o Apartado Aéreo:		Ciudad y Departamento
Teléfono	Fax:	Correo electrónico
ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR A SER CONVALIDADOS		
Para Pregrado: Formación Técnica <input type="checkbox"/>	Formación Tecnológica <input type="checkbox"/>	Formación Universitaria <input type="checkbox"/>
Para Postgrado: Especialización <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>
Estudios cursados (especificar nombre de la carrera cursada, igual al que aparece en el diploma)		
Duración del Programa:	Fecha de otorgamiento del título: (DD,MM,AA)	
Tipo de periodos cursados		Número de periodos cursados
Años <input type="checkbox"/> Semestres <input type="checkbox"/> Trimestres <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____		
Convalida simultáneamente pregrado y postgrado		Nombre del otro título que convalida (En caso de Si en casilla anterior)
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
PARA QUIENES CONVALIDAN TÍTULO DE POSTGRADO		
Título de Pregrado	Fecha de otorgamiento del título: (DD,MM,AA)	
Institución que otorga el título de pregrado	Título convalidado	No. Fólder (En caso de Si en casilla anterior)
	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL TÍTULO A CONVALIDARSE		
Nombre de la Institución que otorga el título	Facultad, Unidad o Departamento de Estudios	
Ciudad	País	
Dirección electrónica de la Oficina de Registros o similar en la institución		Número de Fax de la institución
PERSONA DE CONTACTO EN COLOMBIA (Preferiblemente en Bogotá)		
Nombre completo de Persona (sólo si es diferente a la persona que solicita la convalidación del título)		
Dirección o Apartado Aéreo:		Ciudad y Departamento
Teléfono	Fax:	Correo electrónico

La existencia de convenios internacionales no exonera al poseedor de un título de educación superior obtenido en el exterior, de su trámite para el reconocimiento por parte del gobierno colombiano ante el Ministerio de Educación Nacional.

Firma del solicitante



LISTA DE CHEQUEO DE INFORMACIÓN SOLICITADA AL CONVALIDANTE

DATOS DEL CONVALIDANTE		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Estudios a convalidar		Nombre de la Institución que otorga el título

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DOCUMENTOS APORTADOS POR EL CONVALIDANTE	Documentos	Traducciones
Fotocopia autenticada del diploma o título, debidamente legalizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de calificaciones en original, debidamente legalizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del documento de identidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibo de consignación de la tarifa correspondiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARA LOS NIVELES DE MAESTRÍAS Y DOCTORADOS (OPCIONAL)		
Copia del Trabajo de investigación / tesis de grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resumen del trabajo de investigación/ tesis de grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARA EL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD		
Certificado de realización del año de internado rotatorio (o su equivalente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pésum académico de los programas cursados en áreas clínicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÍTULOS DE POSTGRADO EN EL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD		
Postgrados en general: Certificación sobre las actividades prácticas de la especialización (incluido el tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para postgrados quirúrgicos: record de cirugías durante el tiempo de entrenamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialidades Médicas: Programa académico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de actividades asistenciales (consultas, cirugías, etc) desarrolladas según nivel de residencia. Se admite record quirúrgico o de consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentos sobre actividades académicas y asistenciales. Desglosar programa académico por año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS DOCUMENTOS (OPCIONALES)		
Fotocopia del programa académico / pensum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del pasaporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES		

NOTA 1. Cuando el título que se pretende convalidar corresponde a una maestría o doctorado en (cualquiera de las áreas del conocimiento), en caso de que su solicitud deba ser resuelta por el criterio de evaluación académica, el evaluador podrá solicitar, si lo considera necesario, copia del trabajo de investigación o tesis doctoral o resumen en español del mismo. Si el convalidante lo desea, puede anexar copia informal de este documento al momento de radicar la solicitud. El resumen, si es del caso, podrá ser traducido al español de manera informal.

NOTA 2. En caso de que su solicitud deba ser resuelta por el criterio de evaluación académica, el evaluador podrá solicitar, si lo considera necesario, copia informal del programa académico del título que desea convalidar para emitir concepto técnico académico. Si el convalidante lo desea, puede anexar copia informal de este documento al momento de radicar la solicitud.

NOTA 3. Los documentos señalados como opcionales pretenden brindar al evaluador mejores elementos de juicio, en caso de ser requeridos. Si el convalidante los tiene, se sugiere aportarlos al iniciar el trámite con el fin de agilizar el proceso.

Firma de Recibido