



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

**SOLICITUD DE PROVEEDOR PARA CURSO DE  
REPASO DE REVALIDA EN ENFERMERIA**

**A. HISTORIA PERSONAL Y ACADEMICO**

1. Nombre \_\_\_\_\_

2. Dirección Postal \_\_\_\_\_

3. Dirección Residencial \_\_\_\_\_

4. Dirección Electrónica \_\_\_\_\_

5. Teléfono Residencial o Celular \_\_\_\_\_

6. Teléfono Oficina \_\_\_\_\_

7. Ultimo grado obtenido \_\_\_\_\_

a) Especialidad en Enfermería (si aplica) \_\_\_\_\_

b) Núm. Licencia Enfermera (o) Generalista \_\_\_\_\_

c) Núm. Licencia Enfermera (o) Especialista \_\_\_\_\_

8. Área o categoría en que ofrecerá el curso de repaso

a. Enfermería Generalista \_\_\_\_\_ b. Enfermería Asociada \_\_\_\_\_

c. Enfermería Practica \_\_\_\_\_ d. Maternidad \_\_\_\_\_

e. Pediatría \_\_\_\_\_ f. Psiquiatría \_\_\_\_\_

g. Medicina y Cirugía \_\_\_\_\_ h. Otras \_\_\_\_\_



## DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

### **B. DOCUMENTOS INCLUIDOS CON SOLICITUD:**

- Curriculum Vitae del recurso o recursos
- Copia actualizada del registro de licencia de enfermería
- Copia actualizada de la tarjeta de colegiación de enfermería
- Copia del Diploma (último grado obtenido)
- Diseño curricular del curso o cursos
- Copia del material didáctico que se entrega a los participantes
- Evidencia bibliográfica actualizada
- Copia del seguro y permiso expedido por el Departamento de Bomberos para el uso de las facilidades físicas donde se ofrecerá el/los curso/s

Pago por concepto de solicitud

\$300.00

Rev. 2024, JEEEPR