

## **DECLARACIÓN JURADA**

Yo, **DIOSES SOSA GRICE ALEXANDRA**, identificado(a) con D.N.I. N° 76518055, y con domicilio en Aa.Hh. Tacala – Mzb, Lt 1 – 3ra Etapa, provincia y departamento de Lima, con CMP N° 097654, declaro bajo juramento:

Que, concurre ante ustedes, **DOCTOR + S.A.C**, en mi calidad de **MÉDICO GENERAL** que efectuando el servicio de la **UNIDAD DE NEGOCIOS AMBULANCIA** mediante atenciones domiciliarias, declaro bajo juramento que:

- Constancia de Diploma de Colegiatura Medica se encuentra en trámite.

Autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento, y que, de comprobarse lo contrario, me sujeto a las acciones legales que puedan ser tomadas por quienes corresponda.

Me afirmo y me ratifico en lo expresado, suscribiendo el presente documento en señal de conformidad, en la ciudad de Lima, el 17 de Junio de 2022.



**Dra. Grice A. Dioses Sosa**  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 097654

---

**DRA. DIOSES SOSA GRICE ALEXANDRA**  
DNI N° 76518055

---

**DR.DANIEL DÍAZ SAAVEDRA**  
D.N.I. N° 09670540