



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas
de Salud Lima Centro
C.S. Chacarilla de Otero

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas
batallas de Junín y Ayacucho"

Constancia

EL QUE SUSCRIBE, MEDICO JEFE DEL C.S. CHACARILLA DE OTERO DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, HACE CONSTAR QUE DOÑA:

NELIDA PAOLA BACA CABANILLAS

Médico Residente egresada de Medicina Familiar y Comunitaria, con colegio N° 056849, identificada con DNI N°40609945, ha culminado el Residentado Médico en el Centro de Salud Chacarilla de Otero de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, desde el 01 de julio del 2021 hasta el 30 de junio del 2024.

Se expiden la presente Constancia a solicitud de la interesada para los fines que crea conveniente.

Lima, 01 de julio del 2024

PERÚ Ministerio de Salud
C.S. CHACARILLA DE OTERO
Dra. Laura Verónica Picon Castillo
MEDICO JEFE
C.M.F. 38598

LVPC/trf
C.c. (-) Archivo
cschacarilla@dirislimacentro.gob.pe
Jr. José Encinas N°155, Urb. Chacarilla de Otero - S.J.L.
/ Lima 28, Perú
Teléf.: (01) 743-5835
Anexos: 3001 - 3002 - 3003

www.dirislimacentro.gob.pe

Síguenos en:     



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

SOLICITUD DE TRÁMITES DIVERSOS

3 AÑOS

Motivo: Carta de Notas de
Residencia del 1, 2 y 3 Año.

Yo, Nelida Paola Bana Cobanillas con DNI N° 40609945

Dirección: Calle Huaca de la Luna 350 Portada del Sol

Distrito: La Molina

Teléf. fijo N°: - Teléf. móvil N°: 955506552 Sede Portada del Sol

Modalidad libre Especialidad Medicina Familiar Comunitaria

Correo Electrónico: npbc2980@gmail.com

Marque con una X donde corresponda:

Alumno	<input type="checkbox"/>	Código N°	
Ex Alumno	<input checked="" type="checkbox"/>	Código N°	<u>202113992</u>
Docente	<input type="checkbox"/>		
No docente	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input type="checkbox"/>	Especificar:	

Marque con una X donde corresponda:

Pregrado	<input type="checkbox"/>	Carrera	
Posgrado:			
Maestría	<input type="checkbox"/>		
Doctorado	<input type="checkbox"/>		
Otro	<input checked="" type="checkbox"/>	Especificar:	<u>Residencia Médico</u>

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO
Y ESPECIALIZACIÓN

05 JUL. 2024

RECIBIDO

HORA:..... FIRMA:.....
INGRESO:.....

Ante Usted, con el debido respeto, me presento y expongo:

Estoy entregando la Carta de Notas del
Residente Médico de 1, 2 y 3 años
de mi Especialidad de Medicina Familiar Comunitaria.

Solicito: _____

Por lo antes expuesto, pido a usted se sirva acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Paola Bana

Firma

Surco, 05 de 07 del 2024.

Información adicional / Adjunto:

DECLARACIÓN JURADA

Yo **NELIDA PAOLA BACA CABANILLAS**, identificado(a) con Documento Nacional de Identificación N° **40609945**, y con domicilio **CALLE HUACA DE LA LUNA 350. URB. PORTA DEL SOL, LA MOLINA**, departamento de LIMA, con CMP N° **056849**, declaro bajo juramento:

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

- El título de especialidad de médico de familia se encuentra en proceso de homologación (SUNEDU).
- El diploma del registro de Especialidad (RNE) se encuentra en trámite.

Asimismo, indico que en un **plazo no mayor a 6 meses** estaré regularizando los documentos mencionados.

Autorizo 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 **10/07/2024**.



DRA. NELIDA PAOLA BACA CABANILLAS
D.N.I. 40609945

DR. DANIEL DIAZ SAAVEDRA
D.N.I. N° 09670540

Las Partes reconocen y aceptan que el presente documento será suscrito utilizando firmas digitales y/o electrónicas, las mismas que vinculan a ambas partes y representa la aceptación expresa, voluntaria y consensual de todos los términos del presente documento, según lo dispuesto por los Artículos 141°, 141°- A y 1374° del Código Civil peruano, así como la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales y su Reglamento vigentes al momento de suscripción del presente documento. Para dicho propósito, las partes declaran que reconocen las firmas digitales o electrónicas como íntegras, verdaderas y suficientes, reconociendo como cierta la fecha en que ésta es insertada en el presente documento.