"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Ano 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 Nº 056849, identificada con DNI Nº40609945, 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



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

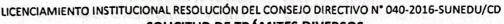
www.dirislimacentro.gob.pe

Síguenos en: 😝 🔵 🕲 🧿 🖸



STD-2019-ver-01

## UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



SOLICITUD DE TRÁMITES DIVERSOS Motivo: + Canta de Notas de Pelide Paula Bara Colonillas Calle Huare de la Lune 350 con DNI Nº 4060 9945 Dirección: móvil Nº: 955506552 sede Parthock Salud. Especialidad Melling Familier Charactecto oten Distrito: Teléf. móvil N°: Teléf. fijo N°:\_ Dila Modalidad \_ Npbc 29 80 @. Correo Electrónico: Marque con una X donde corresponda: Marque con una X donde corresponda: Código Nº Pregrado Alumno Ex Alumno Código N° Posgrado: Docente No docente 05 JUL. 2024 Maestría Especificar: Doctorado Ceridentedo Medico Ante Usted, con el debido respeto, ma presento y expongo: Solicito: Por lo antes expuesto, pido a usted se sirva acceder a mi solicitud por ser de justicia. Surco,05 de 07 del 2024. Información adicional / Adjunto:

Scanned with CamScanner

## **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, concurro 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.