



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

SOLICITO RETIRO VOLUNTARIO EN EL RENIPRESS
(Documento con carácter de declaración jurada)

....., de del 20.....

Señor(a) Director(a)

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este.

Avenida Cesar Vallejo S/N

El Agustino.

Asunto: Solicito retiro voluntario (baja) en el
RENIPRESS

De mi consideración:

Quien suscribe,, identificado con DNI N°
....., en mi condición de representante legal de la IPRESS (Establecimiento de Salud / Servicio Médico de Apoyo), denominado: “.....”, con Código Único RENIPRESS N°, con dirección en, distrito de, provincia y departamento de Lima, **solicito retiro voluntario y baja en el aplicativo RENIPRESS**, de la IPRESS que represento, para ello presento al (la) Sr(a), con DNI N°, como responsable de realizar el procedimiento de RETIRO VOLUNTARIO (BAJA) de la IPRESS (Establecimiento de Salud / Servicio Médico de Apoyo), cumpliendo con lo dispuesto en la normatividad legal vigente.

Agradeciendo la atención brindada al presente.

Firma del representante legal del EESS o SMA

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección:

Celular:

Correo electrónico:

Adjunto:

- Copia simple del RUC
- Copia simple del DNI del propietario o representante legal