



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

SOLICITUD DE DESISTIMIENTO DE CATEGORIZACION
(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 dejar sin efecto el trámite administrativo de categorización (DESISTIMIENTO) de la IPRESS (EESS / SMA).

De mi consideración:

Quien suscribe,, identificado con DNI, en mi condición de representante legal de la IPRESS (Establecimiento de Salud / Servicio Medico de Apoyo) denominado; “ ”, con código RENIPRESS y/o código de trámite LME, con dirección en , distrito de, provincia y departamento de Lima, solicito dejar sin efecto (desistimiento) del trámite administrativo de categorización de EESS / SMA, iniciado ante la autoridad sanitaria que usted dirige.

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