

## Formato 07



### SOLICITO: RETIRO VOLUNTARIO DE RENIPRESS

Señor Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria  
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

S.D.

Yo, ..... identificado (a) con D.N.I N° .....  
(Nombre y Apellidos de la Persona Natural)

Que cumpliendo con las disposiciones del D.S. N° 013-2006 "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y normas conexas, los alcances de la Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S - SUSALUD, **SOLICITO RETIRO VOLUNTARIO DE RENIPRESS** de:

Datos del Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo:	
Nombre Comercial:	Teléfonos:
Dirección Completa:	Distrito:
Código RENIPRESS N° .....	PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>

Adjunta:

- DNI del representante legal
- Ficha RUC o Resolución de Asignación

Por tanto:

A usted señor director, solicito atender mi petición por ser de justicia.

Independencia, ..... de ..... de 20.....

Nombre: .....

DNI N°: .....

Teléfono: .....