



FORMATO SHV - 02

SOLICITUD DE BAJA DE OFICIO EN EL SISTEMA DE REGISTRO DE HECHOS VITALES

FECHA:

--	--	--	--	--	--

DD-MM-AA

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD / DIRESA / GERESA / DIRIS

1.1 CÓDIGO RENIPRESS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.2 NOMBRE DE EESS

1.3 DISTRITO

PROVINCIA

REGIÓN

2. DATOS PERSONALES

#	2.1 TIPO DE DOCUMENTO <small>(Marque el número que corresponda: 1.DNI 2.Carnet de Extranjería)</small>	2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO	2.3 APELLIDOS <small>(Letra Imprenta)</small>	2.4 NOMBRES <small>(Letra Imprenta)</small>	2.5 CARGO <small>(Marque el número que corresponda: 1.Médico 2.Obstetra 3.Administrativo 4.Otro Profesional de Salud)</small>	2.6 MÓDULOS <small>(Marque todos los números que correspondan: 1.Certificado de Nacido Vivo 2.Certificado de Defunción General 3.Certificado de Defunción Fetal)</small>
1	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

Por medio del presente, declaro que los trabajadores indicados en el presente formato han terminado su vínculo laboral con la institución, por lo que solicito la baja de sus usuarios del Sistema de Registro de Hechos Vitales.

Certifico que la información brindada de cada uno de los trabajadores es precisa, completa y verídica; y me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan de acuerdo al numeral 1.7 del Artículo IV y numeral 32.3 del Artículo 32 de la ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, en caso se compruebe que la información proporcionada en la presente solicitud no corresponda parcial o totalmente a la realidad, o sean falsas.

Firma y Sello

(Jefe del EESS o Directivo de Institución Privada o Director Regional o Gerente Regional o Director General)

Apellidos y Nombres

DNI