

## MODELO PARA SOLICITAR RENUNCIA DE LABOR TECNICA Y REGENCIA

Señor Presidente del Consejo Superior de Salud Pública: Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, de profesión \_\_\_\_\_, con número de inscripción en la Junta de Vigilancia de la Profesión \_\_\_\_\_ del domicilio de \_\_\_\_\_ con Documento Único de Identidad número \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, y con Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_.

A Usted atentamente MANIFIESTO: Mi renuncia como encargado de ejercer la Labor Técnica y la Regencia del establecimiento \_\_\_\_\_, propiedad de \_\_\_\_\_ Situado en: \_\_\_\_\_, Ciudad \_\_\_\_\_ y departamento de \_\_\_\_\_, inscrito en el CSSP bajo el número \_\_\_\_\_.

El motivo de mi renuncia es por: \_\_\_\_\_.

San Salvador, 1 de junio del año 2015

F. \_\_\_\_\_

Firma y sello del Profesional

### NOTA:

1. La solicitud deberá formularse en papel simple.
2. La solicitud deberá ser presentada por el Firmante, caso contrario deberá presentar firma autenticada por Notario.
3. Plasmar el sello de establecimiento en la solicitud (No indispensable).
4. Plasmar el sello de Profesional legalmente autorizado por su Junta de Vigilancia respectiva, de lo contrario no será válida.
5. Es OBLIGACION que el regente especifique el motivo por el cual renuncia a la labor técnica
6. Agregara la solicitud número de teléfono y correo electrónico del propietario y regente del establecimiento.

**NO SE RECIBIRAN SOLICITUDES ELABORADAS O LLENAS A MANO**



**CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PUBLICA**

**UNIDAD DE REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

**AUTORIZACION PARA REALIZAR NOTIFICACION  
ELECTRONICA DE ACTOS ADMINISTRATIVOS**

(Art. 333 CS Y 170, 178 CPCM)

Yo \_\_\_\_\_,  
Mayor de edad, (Profesión) \_\_\_\_\_, con Documento Único de Identidad  
Número: \_\_\_\_\_, actuando en calidad de  
\_\_\_\_\_;

(Personal, Apoderado, Representante Legal, mencione nombre de la sociedad.)

Establecimiento de Salud denominado: \_\_\_\_\_

el cual se encuentra en:

-Proceso de apertura

-Inscrito ante el Consejo Superior de Salud Pública con el número: \_\_\_\_\_,  
ubicado en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_ de la ciudad  
de \_\_\_\_\_, Departamento de: \_\_\_\_\_

Por este medio **AUTORIZO** al Consejo Superior de Salud Pública, de conformidad a los Arts. 333 del Código de Salud, 170 y 178 del Código Procesal Civil y Mercantil, para que todo acto administrativo que tenga que ver con el proceso de inscripción del referido establecimiento, o procesos post registro, me sea notificado por medio del siguiente Correo Electrónico: \_\_\_\_\_, el cual una vez enviado me daré por notificado, siendo de mi responsabilidad, el cumplimiento de cualquier prevención.

Así mismo me comprometo a comunicar cualquier modificación sobre el referido medio técnico de comunicación.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Firma