



**MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS**  
**DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**  
*Personería Jurídica según Decreto N° 11.292 de fecha 23 de Noviembre de 2.000*

Dirección: Av. Brasil N° 999 esq. Tte. Fariña, Asunción.  
Tel.: (021) 223724/5.  
Email: info@mutualmsp.org.py

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO**

Autorizo suficientemente a la **Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**, a tramitar ante la **Dirección Financiera-DGF** del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el descuento de mis haberes, importes para el pago de mi obligación que se detallan en el presente documento, en el concepto de compra de bien (es) y/o servicios.

Igualmente autorizo suficiente e irrevocablemente a la **Dirección Financiera-DGAF** del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a descontar mensualmente de mis haberes, el importe solicitado por la **Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**, y a su favor en los conceptos mencionados precedentemente conforme con las cuotas que se indican en el presente, así como su acreditación en la cuenta N° ....., habilitada por la **Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**, en el Banco .....

**Declaro conocer y aceptar que todo reclamo, aclaración o quejas relativas a los importes descontados a solicitud de la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, deberán ser planteadas ante la misma, eximiendo expresamente a la Dirección Financiera-DGAF del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de toda responsabilidad respecto a los importes descontados, origen o causas y su exactitud.**

ENTIDAD: Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Importe Total:.....

Nombre(s) Apellido(s):..... C.I.C N° .....

Dependencia Laboral:..... Teléfono/Cel.:.....

Firma:.....

Fecha:...../...../.....

V° B° de la Entidad

**FIRMA Y SELLO**



## AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO

Por medio del presente documento, Yo.....  
....., con Cédula de Identidad N°.....  
Funcionario permanente y/o Contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social , autorizo suficiente e irrevocablemente al Departamento de Giraduria de Sueldos, a que proceda al descuento de mis remuneraciones básicas, el monto para el pago de las cuotas de mis obligaciones societarias y pago de las cuotas de los préstamos que me fueron otorgados y en consecuencia transfiera a la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, conforme a la planilla presentada a la Giraduria por esta entidad Mutual.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **C.I.:** \_\_\_\_\_

**Dependencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono N°:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Móvil N°** \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTO

Por medio del presente documento, yo .....,  
con Cédula de Identidad N° ..... Funcionario permanente y/o  
Contratado de la **Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**, autorizo  
suficiente e irrevocablemente al Departamento de egresos, a que proceda al descuento  
de mis remuneraciones básicas, el monto para el pago de las cuotas de mis  
obligaciones societarias y pago de las cuotas de los préstamos que me fueron otorgados  
y en consecuencia transfiera a la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de  
Salud Pública y Bienestar Social, conforme a la planilla presentada a la Giraduría por  
esta entidad Mutual.

Importe máximo autorizado:.....

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **C.I.:** \_\_\_\_\_

**Dependencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono N°:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Móvil N°** \_\_\_\_\_