



FORMULARIO DE RENUNCIA Y DEVOLUCION DE APORTES

En la Ciudad de _____, ____ de _____ del 20 ____.

Señor

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Asunción, Paraguay

El/la que suscribe _____, con C.I. N° _____, con número de teléfono: _____ tiene el agrado de dirigirse a usted y por su digno intermedio, a los Miembros de la Comisión Directiva, con el objeto de presentar mi RENUNCIA como Socio/a activo/a de la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por el siguiente motivo: _____.

DECLARO EXPRESAMENTE

Que tengo pleno conocimiento que para la aceptación de la renuncia debo estar al día en todas las obligaciones societarias y económicas asumidas con la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Autorizo el descuento de mis compromisos societarios de mi aporte capital en caso de necesidad.

FIRMA

ANÁLISIS DE LA SECCIÓN DE ADMISIÓN Y RETIRO DE SOCIOS

Institución Laboral: _____.

Fecha de Ingreso: ____/____/____

Fecha de Baja: ____/____/____

Antigüedad: _____ MESES

Aporte Acumulado: Gs. _____

Compromisos Pendientes: Gs. _____

Saldo Abonado: Gs. _____

Exoneración: Gs. _____

Importe a devolver: Gs. _____

Fecha de devolución: ____/____/____

Reúne los requisitos: SI

NO

RESPONSABLE DE ÁREA

JEFE DE SERVICIOS OPERATIVOS

VERIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL INTERNO

Firma y Sello del Responsable:

Fecha: ____/____/____

RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

APROBADA () RECHAZADA () Sesión N° _____ fecha ____/____/____|

MÁS INFORMACIÓN...

Queremos mejorar nuestros servicios para Usted! Colabore respondiendo esta encuesta.

- DISCONFORMIDAD CON LOS SERVICIOS
 - ES MUY LENTO
 - ES MUY BUROCRATICO
 - DESACUERDO CON TASAS DE INTERES
 - OTROS _____
- DISCONFORMIDAD CON LA ATENCION
 - PERSONAL POCO CALIFICADO
 - ATENCION SIN AMABILIDAD Y EMPATIA
 - SIN SOLUCIONES INMEDIATAS
 - OTROS _____
- NO UTILIZA LOS SERVICIOS
 - DIFICULTAD POR DISTANCIA
 - DESCONOCE LOS BENEFICIOS
 - PREFERENCIA A OTRAS ENTIDADES
 - OTROS _____
- NECESIDAD ECONOMICA
 - REDUCCION DE GASTOS
 - UTILIZAR APORTES PARA CUBRIR URGENCIAS
 - OTROS _____
- JUBILACION
- VIAJE
- DESVINCULACION DEL MSP Y BS
- SALUD _____

OBS: _____

Socio/a manifiesta: _____

Alternativa de solución: _____

FIRMA DEL RECEPTOR