

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°** _____