



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

Personería Jurídica según Decreto N° 11292 de fecha 23 de noviembre de 2000

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: ____/____/____

SI ☐

Reúne los requisitos: 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 ____/____/____ |



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

Personería Jurídica según Decreto N° 11292 de fecha 23 de noviembre de 2000

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