



**CARTA DE AUTORIZACION DE DESCUENTOS DE CUOTA
MUTUAL Y/O PRÉSTAMO MUTUAL A TRAVÉS DE LA PLANILLA
UNICA DE PAGO A FAVOR DE LA AMSP.**

Señor Director: _____

Yo, _____, identificado (a) con
D.N.I. _____, domiciliado (a) en _____
_____ de la ciudad de
_____ Telef./Cel.: _____, trabajador del sector salud
de esta base _____, del
Dpto. _____ en mi calidad de ASOCIADO de la Asociación
Mutualista Sanitaria del Perú AUTORIZO al funcionario que corresponda para que proceda efectuar
los DESCUENTOS MENSUALES A FAVOR de la antes citada, correspondiente a CUOTA MUTUAL y/o
CUOTA PRESTAMO MUTUAL, según corresponda, realizando los depósitos a las siguientes Cuentas
Bancarias.

Banco de la Nacion Cta. Cte.: N° 00-015-060271 - CCI. N° 018-015-000015060271-82,

Banco de Comercio: Cta. 110-01-042919-3--cci 02300111001042919312, o sean
entregado al delegado de base (cheques) o remitir a la oficina de la Mutual en la dirección que
aparece línea abajo. Asimismo, declaro que me encuentro instruido. (a) sobre los auxilios y
beneficios que brinda esta institución a mi favor.

En señal de conformidad, procedo a firmar y estampar mi huella digital respectiva al pie del presente
documento.

Fecha: _____



Asociado (a)

Huella Digital

c.c.RR.HH. Tesorería y/o Pagaduría (Base)

Nota: Enviar copia del cargo a la AMSP.

Adjuntar: Copia DNI.



1 DATOS PERSONALES					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
DNI	FEC. NACIMIENTO	TELEFONO FIJO	CELULAR	ESTADO CIVIL	SEXO
2. DATOS DEL CONYUGUE O CONVIVIENTE					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
3. DOMICILIO					
Jr. / Calle o Av.	Número / Dpto.	Nº Interior	Distrito	Provincia	Departamento
REFERENCIA DOMICILIARIA					
4. OTROS DATOS (Marcar la opción que corresponda)					
Padre Fallecido	Madre Fallecida	Conyugue fallecido	Nº de hijos menores 25 años		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
5. CENTRO DE LABORAL					
DEPENDENCIA			UNIDAD EJECUTORA		
DISTRITO		PROVINCIA		DEPARTAMENTO	
Jr. / Calle o Av.			Número / Dpto. / Interior		
6. INGRESO					
APORTANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cuota mensual	S/ 18.00 <input type="checkbox"/>	S/ ... 12.00. <input type="checkbox"/>	S/ 8.40 <input type="checkbox"/>
7. DECLARACION					
<p>Bajo Juramento declaro haber leído y/o haber tomado conocimiento de todas las obligaciones, derechos y beneficios que brinda la AMSP en tal sentido expreso libremente lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Autorizo a la AMSP para que a través de la planilla única de pagos de mi centro de trabajo me descuente de mis remuneraciones, todas las obligaciones contraídas por mi propia voluntad.- Tener en conocimiento de las normas y reglamentos de la AMSP vigentes de acuerdo a sus estatutos.					
Fecha:/...../.....			_____ Firma del Solicitante		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella Dactilar