



# ASOCIACIÓN MUTUALISTA SANITARIA DEL PERÚ - AMSP

"Creada por Decreto Supremo N° 460 del 17 de junio de 1942"

Jr. Ramón Dagnino N° 117 - Urb. santa Beatriz - Lima, Lima. Teléf.: 014243262 - 013310083

## CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DEL APORTE MUTUAL

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_

SEÑOR DIRECTOR.

Presente.-

Estimado Director:

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ siendo trabajador(a) de la

Base: \_\_\_\_\_ desempeñando el cargo de

\_\_\_\_\_ y en mi **calidad de ASOCIADO DE LA ASOCIACIÓN MUTUALISTA**

**SANITARIA DEL PERÚ** en adelante la AMSP, y en conformidad con lo dispuesto en la cuadragésima primera

Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30114 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014 y

D.S N° 010-2014-EF, Normas Reglamentarias para que las Entidades Públicas realicen afectaciones en la Planilla

Única de Pagos (Sistema Único de Pagos - SUP). **En este sentido SOLICITO DE MANERA EXPRESA Y EN FORMA**

**IRREVOCABLE SE ME DESCUENTE DE MANERA MENSUAL DE LA PLANILLA UNICA DE PAGOS. INCENTIVOS**

**Y/O CAFAE** por el siguiente concepto:

\* **Aporte Mutual Mensual equivalente al 1% de la UIT vigente, desde el Mes de :**

\_\_\_\_\_ **del año 202\_\_**, hasta la fecha de mi Cese del Sector Salud.

Dicho descuento autorizado deberá ser **CEDIDOS A FAVOR DE LA AMSP** de manera mensual y debe tener la

**PRIORIDAD** y el **PRIMER NIVEL DE PRELACION** por ser monto que deberá ir a contribuir a mis beneficios Previsionales

que me otorgará **LA MUTUAL** y consecuentemente, por ningún motivo deberán dejar de ejecutar el presente descuento

solicitado a través del presente documento.

Finalmente, dejo expresa constancia que, si por cualquier razón se realizara oportunamente el descuento autorizado

mediante la presente, podría afectar directamente mi condición asociativa frente a **LA AMSP**.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO

**Nombres:**

**DNI:**

**Teléfono:**

**Email:**

Huella Dactilar

**ADJUNTO: 1.- Boleta de Pago - Copia**

**2.- DNI—Copia**

[www.amsp.org.pe](http://www.amsp.org.pe)