



**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA ÚNICA DE PAGO Y/O
INCENTIVOS LABORALES**

Lima, ____ de _____ 202_

SEÑOR DIRECTOR DE LA _____
Presente

Estimado señor:

El que suscribe _____

identificado con DNI N° _____ siendo Trabajador de la Base _____
con Cargo de _____ y en mi **calidad de ASOCIADO DE LA ASOCIACION MUTUALISTA SANITARIA DEL PERU – AMSP**, en adelante la MUTUAL, y en virtud al convenio celebrado entre ustedes y **LA MUTUAL**, convenio que declaro conocer en su totalidad, 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).

Bajo este fundamento Legal, **AUTORIZO EXPRESAMENTE Y EN FORMA IRREVOCABLE** a ustedes para que, se me **DESCUENTE DE MANERA MENSUAL** por los siguientes conceptos:

- () **Aporte Mutual Mensual equivalente al 1% de la UIT vigente, desde el Mes de: _____ del año 202__ hasta mi Cese del Sector Salud.**
- () **Aporte Seguro Familiar Mensual equivalente al 0.5% de la UIT vigente, desde el Mes de: _____ del año 202__ hasta mi Cese del Sector Salud.**
- () **Cuota de Crédito Personal, según mi Cronograma de Pagos por un Monto Mensual de S/. _____ desde el Mes de _____ del 202__ hasta la cancelación de la Totalidad de mi crédito.**

El o los Descuentos Autorizados deberán ser CEDIDOS a favor de LA MUTUAL de manera mensual y deben tener **PRIORIDAD** sobre cualquier otro compromiso de deuda que asuma y/o adquiera con posterioridad a lo ya Autorizado a favor de LA MUTUAL y consecuentemente, por ningún motivo deberán ustedes prorratear el pago de cuotas por compromisos que contraiga con terceros después de suscrito el presente documento. Asimismo, deberán abstenerse de otorgarme adelantos de mi remuneración que puedan afectar el normal cumplimiento del pago de mis cuotas, salvo casos de suma urgencia debidamente acreditados y bajo mi absoluta responsabilidad.

Del mismo modo, en caso de suspensión o extinción de mi relación laboral (bajo cualquier modalidad) y en caso de mantener vigente mi crédito perderá las condiciones preferenciales a las que estuviera sujeto, entre las que se incluyen la tasa de interés y otros cargos. En ese sentido, en el supuesto que se configure alguna de las situaciones antes señaladas **AUTORIZO EXPRESAMENTE Y EN FORMA IRREVOCABLE** a ustedes para que el monto pendiente de pago a LA MUTUAL en virtud del crédito concedido, sea descontado de mi liquidación de beneficios sociales (incluido Gratificaciones y el pago por otros conceptos que pudiera percibir) y/o de cualquier otro beneficio al que tuviera derecho y que de acuerdo a ley fueran de mi libre disponibilidad, en ejercicio de la cual, por la presente afecto dichos conceptos en respaldo de mis obligaciones ante LA MUTUAL hasta por el monto requerido para la cancelación total de mi crédito.

Finalmente, dejo expresa constancia que, si por cualquier razón ustedes no realizarán oportunamente los descuentos autorizados mediante la presente, ello no afectará mi obligación crediticia frente a LA MUTUAL, la que continuará vigente hasta su total cancelación.

Atentamente,

FIRMA DEL ASOCIADO
DNI:
Teléfono:
Email:

