



Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA

Yo,..... identificado(a) con DNI N°..... domiciliado (a) en, distrito de, actualmente laborando en la Unidad/Sub Unidad/Servicio de, en el puesto o cargo de y Régimen.....; autorizo al Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, me descuenta de manera mensual por medio de la planilla única de pagos el siguiente concepto y monto:

I. Colegio Médico (Habilidad):

SI NO

➤ Por el monto de S/ 35.00 (Treinta y cinco con 00/100 nuevo soles)

II. Colegio de Enfermeros (Habilidad)

SI NO

➤ Por el monto de S/ 15.50 (Quince con 50/100 nuevo soles)

III. Colegio de Tecnólogos Médicos (Habilidad)

SI NO

➤ Por el monto de S/ 20.00 (Veinte con 00/100 nuevo soles)

Firmo en señal de conformidad a losdías del mes deaño 20.....

Firma y huella digital

Nombres: _____

DNI : _____

N° de Celular: _____

Correo Electrónico: _____