## DECLARACIÓN DE VOLUNTAD DE PERMANENCIA

Fecha / /						
Señores: OINPEP Presente,	OIPSFA		OAFP CRECER		OAFP CONFIA	
Yo						
1er Nombre	2do Nombre	1er Apellid	o 2do Apeli	lido	Apellido de casada	
D ~ 1		(Nombre con	npleto según DUI)			
De años de	e edad, de		(Profe	sión)		
Con domicilio en			(, , , , ,	2.0.1,		
			(Municipio y departament	0)		
Con Nilona da Illani	:C					
Con Número de Identificación Profesional: Portador de mi Documento Único de Identidad: y con Número Único Previsional:					(NIP)	
					(NUP)	
Atentamente a usted	expongo:					
			~			
Que conforme al artíc	culo 2 de la Ley del Ins	tituto Salvadore	eno de Bienestar Magi	isterial, en mi cal	idad de:	
	NTE <b>EN PROCESO D</b> I		_			
CASO B - ODOCEI	NTE <b>PENSIONADO L</b> A	ABORANDO	O DOCENTE P	ENSIONADO RE	TIRADO	
PERMANENTE EN EI SITUACIÓN IMPLICA N beneficios que éste rec SAP). Al firmar esta se prestaciones de salud FONDOS DE PENSIOI	L INSTITUTO SALVA MI RENUNCIA AL RÉC conoce a favor de mis olicitud de declaració del Instituto Salvado NES, correspondiente REÑO DE BIENESTAR través del Programa	DOREÑO DE GIMEN DE SAL beneficiarios de In de voluntad preño del Segu es retener de r R MAGISTERIAL Especial de Salu	BIENESTAR MAGIST UD DEL Instituto Sal conforme a la Ley del de permanencia, est ro Social. Para tal ef ni pensión el 7.8%, , a efecto de garanti	rerial Y QUE la	PS DE SALUD EN FORMA CONOZCO QUE DICHA eguro Social (ISSS) y los rros para Pensiones (LEY permanentemente a las a ADMINISTRADORA DE nes deberán remitirse al a cobertura de atención	
Lugar:						
Colonia, cantón, caserío, residencial	No. de viviend	9	Calle		Departamento	
Número telefónico:						
Correo electrónico:						
Firm	na					