DECLARACIÓN DE VOLUNTAD DE PERMANENCIA

Fecha __/__/____

Señores:
◯ INPEP **◯ IPSFA** **◯ AFP CRECER** **◯ AFP CONFIA**
Presente,

Yo

1er Nombre	*2do Nombre*	*1er Apellido*	*2do Apellido*	*Apellido de casada*

(Nombre completo según DUI)

De _____ años de edad,

(Profesión)

Con domicilio en

(Municipio y departamento)

Con Número de Identificación Profesional: ***(NIP)***
Portador de mi Documento Único de Identidad: ***(DUI)***
y con Número Único Previsional: ***(NUP)***

Atentamente a usted expongo:

Que conforme al artículo 2 de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, en mi calidad de:

CASO A - ◯ DOCENTE **EN PROCESO DE PENSIÓN**
CASO B - ◯ DOCENTE **PENSIONADO LABORANDO** ◯ DOCENTE **PENSIONADO RETIRADO**

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE VOLUNTARIAMENTE HE DECIDIDO RECIBIR LOS SERVICIOS DE SALUD EN FORMA PERMANENTE EN EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL Y QUE CONOZCO QUE DICHA SITUACIÓN IMPLICA MI RENUNCIA AL RÉGIMEN DE SALUD DEL Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y los beneficios que éste reconoce a favor de mis beneficiarios conforme a la Ley del Sistema de Ahorros para Pensiones (LEY SAP). Al firmar esta solicitud de declaración de voluntad de permanencia, estoy renunciando permanentemente a las prestaciones de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Para tal efecto solicito a la ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES, correspondientes retener de mi pensión el 7.8%, dichas retenciones deberán remitirse al INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL, a efecto de garantizar mi derecho a cobertura de atención médica y hospitalaria a través del Programa Especial de Salud administrado por dicho Instituto.

Señalo para oír notificaciones los siguientes:
Lugar:

Colonia, cantón, caserío, residencial	*No. de vivienda*	*Calle*	*Municipio*	*Departamento*
Número telefónico:				
Correo electrónico:				

Firma _____