



FORMATO N° 01:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO MEDIANTE LA PLANILLA UNICA DE PAGO

Yo, **Nombre completo del socio**

Identificado con DNI N° **XXXXXXXXXX**

Autorizo de manera expresa para que a través de la planilla unica de pago (Sistema Único de Planillas - SUP) se descuente de mis remuneraciones y/o pensiones mensuales, el compromiso adquirido con la entidad regulada por el DS.N° 010-2014-EF y Oficio Múltiple N° 061-2016-MINEDU/VMGP-DIGEDD-DITEN, según el siguiente detalle:

1 DATOS LABORALES DEL QUE AUTORIZA:

Condición laboral Nombrado
(marcar) : Contratado
 Pensionista

IGED (DRE/UGEL) : **UGEL A LA QUE PERTENEC**

2 DATOS DE LA ENTIDAD CON QUIEN ASUME EL COMPROMISO

Razón Social: **COSEMSELAM**

RUC: **20103430381**

Marcar grupo de descuento:

Sindicales	<input type="checkbox"/>	Fondo de Bienestar	<input checked="" type="checkbox"/>	Cooperativa	<input type="checkbox"/>	Superv. SBS	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------

En caso de ser Fondo de Bienestar, marcar el concepto de atención:

Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>
Esparcimiento	<input type="checkbox"/>	Sepelio	<input checked="" type="checkbox"/>				

3 DETALLE DEL COMPROMISO Y DESCUENTO

Aportes obligatorios mensuales (sindicales, socios cooperativos, asociaciones , etc)

Inicio: Mes _____ Año _____ Aporte mensual S/: _____

Compromiso por créditos, alimentos, servicios y otros

Inicio: Mes **Mes y año que inicia el crédito** Año _____ Terminó: Mes **Mes y año cuando termina de cancelar** Año _____

A cancelar

Dcto mensual S/: _____ Nro. Cuotas: _____ Total a descontar S/: **Suma total**

Importe y monto establecido en el Cronograma de prestamo y/o boleta de venta de los creditos a pagar

Se ha verificado del promedio de las 3 últimas remuneraciones mensuales y el presente compromiso esta dentro de los límites del 50% de ingreso neto.

Huella

Lugar y fecha: _____

Firma del que autoriza

VoBo del Rep. de la Entidad

VoBo del Administrador de la IGED

Para contar con el VoBo del Administrador de la IGED, el formato debe estar debidamente llenado y con la firma del servidor que autoriza y la entidad con quien asume el compromiso