



Ministerio Público
Gerencia de Bienestar

Autorización de Descuento por Planilla

Apellidos y Nombres	Número de DNI
----------------------------	----------------------

Código	Dependencia	Cargo Actual
---------------	--------------------	---------------------

Indicar Régimen Laboral:

--

Autorizo Formalmente al Ministerio Público que se me descuenta a través de la Planilla Única de Pagos: los montos, las cuotas y los meses indicados que figuran a continuación a favor de:

Nombre de la Entidad	CAFAE – MP
-----------------------------	-------------------

Monto Total a descontar en soles	S/6,000.00
---	-------------------

S/ 1,000.00	06
Monto mensual	Número de meses

Mes: Abril	Año: 2024	Mes. Octubre	Año:2024
Fecha de Inicio		Fecha de Término	

En caso de término de la relación LABORAL en esta institución, AUTORIZO FORMALMENTE, se me descuenta el monto total pendiente de pago de mi liquidación correspondiente hasta el límite establecido legalmente a favor de la Entidad arriba mencionada.

OBSERVACIONES:.....
.....

Fecha _____

Firma del beneficiario
DNI:
CELULAR: