# AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR ${tipo\_motivo}, DE MIS HABERES Y/O COMBUSTIBLE EN LA PLANILLA ÚNICA DE PAGO DEL PERSONAL

Yo ${nombre}, en situación de ${cargo\_estado} identificado con DNI ${dni}, CODIGO ${codigo}, con domicilio en ${direccion}, ${tipo\_telefono} ${telefono} y email ${email} **AUTORIZO DE MANERA EXPRESA** a la **COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES “ALVIS”** para que proceda a gestionar ante el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Dirección General de Personal de la Salud, los descuentos en mi planilla única de pago de haberes o pensiones, según corresponda:

## MONTO DE CUOTA MENSUAL: S/. ${monto\_cuota} NUMERO DE CUOTAS: ${numero\_cuotas}

La presente autorización es válida SOLO POR EL MONTO AUTORIZADO. En caso de no tener capacidad de descuento, el pago lo haré en efectivo directamente a la **COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES “ALVIS”**. Asimismo, de presentarse la figura de retraso en una de mis cuotas de pago **AUTORIZO** a que se proceda a realizar los descuento en sumatoria de los mismo como corresponde, asumiendo mi responsabilidad, penal, administrativa y/o civil conforme sea el caso, de este modo declaro bajo juramento que cualquier reclamo por los descuentos que se me realizan lo hare directamente a la **COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES “ALVIS”**. Firmando en señal de conformidad y en pleno uso de mis facultades, firmo a continuación.

${lugar}, ${fecha}