



CONSEJO REGIONAL I

LIMA-CALLAO-ICA

COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR PLANILLA

Por la presente, autorizo se efectúe el descuento por planilla por la Oficina de Remuneraciones, por concepto de aportaciones mensual al Colegio Tecnólogo Médico del Perú – Consejo Regional I, a partir del mes de _____ del _____, el descuento por aportación será de S/ 20.00 (VEINTE Y 00/100 SOLES).

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

D. N. I.: _____

N° DE COLEGIO: _____

NOMBRADO..... CONTRATO INDETERMINADO..... CAS..... OTROS.....

SEDE HOSPITALARIA: _____

CODIGO DE PLANILLA: _____

TELEFONOS: _____

FIRMA

NOTA: EL COLEGIADO SE RESPONSABILIZA DE COMPROBAR EL DESCUENTO SOLICITADO, EN SU RESPECTIVA BOLETA DE PAGO CADA MES, CASO CONTRARIO ES RESPONSABLE DE INFORMAR AL CONSEJO REGIONAL I C.T.M.P. PARA REITERAR EL DESCUENTO A SU CENTRO DE TRABAJO.