

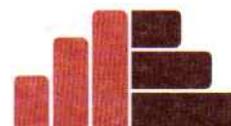


**SUB CAFAE-SE**  
CHICLAYO - LAMBAYEQUE  
*Te Sirve Mejor*

# SUB CAFAE-SE

## CHICLAYO - LAMBAYEQUE

Sub Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo de los Trabajadores del Sector Educación de Chiclayo - Lambayeque



MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
REPÚBLICA DEL PERÚ

### FORMULARIO UNICO DE TRÁMITE N° DEL SUB CAFAE

SOLICITO: CREDITO DE ASISTENCIA Y BIENESTAR

Exp. N° .....

1. Sumilla

2. Destinatario .....

3. ....

Datos del Usuario (Apellidos y Nombres)

4. Documento Nacional de Identidad (DNI) .....

5. Domicilio Actual del Usuario ..... Teléfono .....

6. Correo Electrónico ..... (Dato obligatorio) .....

7. Régimen Laboral

Docente y / o Administrativo Nombrado

Docente y / o Administrativo Cesante

Docente y / o Administrativo Contratado

8. Centro de Trabajo .....

9. Haber Mensual Bruto .....

10. Anexos (Adjuntar Documentos Sustentatorios)

.....  
.....  
.....

11. Datos del Crédito:

Monto S/ ..... Número de Cuotas: .....

12. Fecha 

--	--	--

13. Firma del titular

D.N.I.: .....

14. Evaluación y Aprobación (para ser llenado por el SUB CAFAE SE )

V° B° Unidad de Créditos

V° B° Nivel Sup. de Aprobación

# CARTA DE AUTORIZACION / DESCUENTO POR PLANILLA

Chiclayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

## SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE

Presente.-

### REF. CREDITOS DE ASISTENCIA Y BIENESTAR SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE

En virtud a la normatividad del SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE, Resolución Ministerial N° 169-98 ED, Resolución de Secretaria General N° 121-2018-MINEDU y DECRETO SUPREMO N° 010-2014-EF sobre la afectación de la planilla única de pagos para efectuar el pago de obligaciones asumidas por el servidor o cesante del Sector Educación con aquellos Fondos de bienestar, cuyos términos y condiciones DECLARO conocer y aceptar, el suscrito solicita Crédito de Asistencia y Bienestar.

En tal sentido, mediante la presente AUTORIZO expresamente y en forma irrevocable a ustedes para que una vez aprobado y desembolsado el crédito por el SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE, descuenten la suma correspondiente a las cuotas mensuales, hasta su cancelación total, mediante el descuento de mi remuneración mensual o ingreso no remunerativo, pensión de cesantía o retiro, bonificaciones o cualquier incentivo o estímulo que perciba con frecuencia semanal, quincenales o mensuales. Los referidos descuentos deberán realizarse todos los meses del año, de conformidad con el Plan de Pagos proporcionado por el SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE. Dicho descuento debe tener PRIORIDAD sobre cualquier otro compromiso de deuda que asuma y/o adquiera con posterioridad al crédito que el SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE me haya otorgado y consecuentemente, por ningún motivo deberán PRORRATEAR el pago de cuotas por compromisos contraídos con terceros después de suscrito el presente documento.

Asimismo el SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE deberá efectuar el normal descuento de mis cuotas en forma ininterrumpida; en el caso que con posterioridad a la suscripción de la presente autorización se reprogramará y/o refinanciará el crédito originalmente otorgado, la presente "Carta de Autorización de Descuento por Planilla" se mantendrá vigente en todos sus términos, autorizando en forma irrevocable a que se efectúe el descuento mensual de la nueva cuota del correspondiente Cronograma de Pagos, sin necesidad de nueva autorización o ratificación de la presente, bastando por ello la comunicación del SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE indicando la nueva cuota.

De ser el caso, acepto y AUTORIZO expresamente que la presente Autorización de Descuento sea utilizada por el SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE en caso me traslade por Reasignación, Permuta o sea contratado por otro empleador

Finalmente, dejo expresa constancia que si por cualquier razón ustedes no realizaran oportunamente los descuentos autorizados mediante la presente, esto no afectará mi obligación crediticia frente al SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE, la que continuará vigente hasta su total cancelación.

Atentamente,

<b>APELLIDOS</b>		<b>NOMBRES</b>	
<b>DOMICILIO</b>		<b>URB./DIST./PROVINCIA</b>	
<b>CENTRO LABORAL</b>		<b>UGEL</b>	
<b>FIRMA DEL TITULAR</b>			
D.N.I.....		<b>HUELLA DIGITAL</b>	

# PAGARE

Pagaré/Pagaremos solidariamente al SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE, a su orden o a quien éste hubiere endosado el presente título, en sus oficinas de esta ciudad o donde se presente este título para su cobro, la suma de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Soles que hemos recibido de dicha entidad a mi/nuestra entera satisfacción, abonando intereses compensatorios a una tasa del \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ y durante el periodo de mora intereses compensatorios e intereses moratorios las tasas de \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ respectivamente, así como comisiones, penalidades, seguros, gastos notariales y de cobranza extrajudicial, que pudieran devengar desde la fecha de emisión hasta la cancelación total de la presente obligación, sin que sea necesario requerimiento alguno de pago para constituirme/ constituirmos en mora, pues es entendido que esta se producirá de modo automático por el solo hecho del vencimiento del Pagaré. Expresamente acepto/aceptamos toda variación de las tasas de interés, comisiones, penalidades, seguros, gastos notariales y de cobranza que efectué EL SUB CAFE SE LAMBAYEQUE, las mismas que se aplicarán inmediata y automáticamente sobre el saldo pendiente de este Pagaré a la fecha de variación. Acepto/aceptamos y doy/damos por válidas desde ahora todas las renovaciones y prórrogas totales o parciales que se anoten en este documento, aún cuando esté suscritas por mi/nosotros.

Este título no está sujeto a protesto por falta de pago, salvo lo dispuesto en el artículo 81.2 de la Ley 27287 y sus normas complementarias y/o modificatorias.

Queda expresamente establecido que mi/nuestro domicilio es el indicado en el presente título, ÉL SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE podrá entablar acción judicial donde lo tuviere por conveniente, a cuyo efecto renuncio/renunciamos a la ley de domicilio, y a cuantas pueden favorecerme/favorecemos en juicio o fuera de él.

Declaro/declaramos estar plenamente facultado/facultados para suscribir y emitir el presente pagaré, asumiendo en caso contrario la responsabilidad civil y/o penal a que hubiere lugar.

Chiclayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

**APELLIDOS**

**NOMBRES**

**DOMICILIO**

**URB./DIST./PROVINCIA**

**CENTRO LABORAL**

**UGEL**

**FIRMA DEL TITULAR**

**D.N.I.** .....

**HUELLA DIGITAL**

# COMPROMISO DEL GARANTE

Me constituyo/nos constituimos en fiador (es) solidario (s) del Prestatario

\* Don (ña)

Por la cantidad de (S/ \_\_\_\_\_), renunciando expresamente al beneficio de excusión, que me/nos pudiera corresponder a favor de SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE, por las obligaciones contraídas en este documento comprometiéndome/ comprometiéndonos a responder por la cantidad adeudada, interés (Compensatorios/moratorios) así como comisiones, penalidades, seguros, gastos notariales y de cobranza extrajudicial o judicial, que se pudieran devengar desde las fecha de emisión hasta la cancelación total de la presente obligación. Esta fianza es solidaria, incondicional, irrevocable y por plazo indefinido y estará vigente mientras no se encuentre totalmente pagada la obligación a que se refiere.

Así mismo, por medio de la presente autorizo, expresamente el descuento por Planillas de mis Remuneraciones, conforme a la disponibilidad de pago que ostente en caso se produzca el incumplimiento en el pago de la deuda.

Acepto/aceptamos desde ahora que este título no esta sujeto a protesto por falta de pago, salvo lo dispuesto en el artículo 81.2 de la Ley 27287 y sus normas complementarias y modificatorias.

Queda expresamente establecido que mi/nuestro domicilio es el indicado en el presente título. El SUB CAFAE SE LAMBAYEQUE podrá entablar acción judicial donde lo tuviere por conveniente, a cuyo efecto renuncio/renunciamos a la Ley de domicilio, y a cuantas puedan favorecerme/favorecemos en juicio y fuera de él.

Declaró/declaramos estar plenamente facultados para suscribir y afianzar el presente Pagaré, asumiendo en caso contrario la responsabilidad civil y/o penal a que hubiere lugar.

Chiclayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

APPELLIDOS

NOMBRES

DOMICILIO

URB./DIST./PROVINCIA

TELEFONO

CENTRO LABORAL

UGEL

FIRMA DEL GARANTE

D.N.I. \_\_\_\_\_

\* **ANOTE:** En el renglón de la parte superior el Nombre y Apellidos del Prestatario (Titular)  
Cualquier enmendadura o borrón invalida la presente solicitud.



FORMATO N° 01:  
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO MEDIANTE LA PLANILLA UNICA DE PAGO

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado con DNI N° \_\_\_\_\_

Autorizo de manera expresa para que a través de la planilla unica de pago (Sistema Único de Planillas - SUP) se descuenta 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): \_\_\_\_\_

2 DATOS DE LA ENTIDAD CON QUIEN ASUME EL COMPROMISO

Razón Social: SUB CAFAE SE CHICLAYO - LAMBAYEQUE

RUC: 20479796921

Marcar grupo de descuento:

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

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

Alimentación	( )	Salud	( )	Educación	( )	Vivienda	( )
Esparcimiento	( )	Sepelio	( )				

3 DETALLE DEL COMPROMISO Y DESCUENTO

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

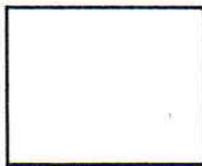
Inicio: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Aporte mensual S/: \_\_\_\_\_

( ) Compromiso por créditos, alimentos, servicios y otros

Inicio: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Termino: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Dcto mensual S/: \_\_\_\_\_ Nro.Cuotas: \_\_\_\_\_ Total a descontar S/: \_\_\_\_\_

( ) Se ha verificado del promedio de las 3 últimas remuneraciones mensuales y el presente compromiso esta dentro de los alcances del 50% del monto neto.



Huella

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del que autoriza

\_\_\_\_\_  
VoBo del Rep. de la Entidad

\_\_\_\_\_  
VoBo del Administrador de la IGED