

"Año de la Universalización de la Salud"

COMUNICADO

DIRECTIVOS, DOCENTES, AUXILIARES Y ADMINISTRATIVOS DE LAS II.EE.

POR MEDIO DE LA PRESENTE EN REFERENCIA A LAS MULTIPLES CONSULTAS REALIZADAS SOBRE **"DESCUENTOS EN EL SISTEMA ÚNICO DE PAGO (SUP)"** SE DA A CONOCER QUE:

- EL **DECRETO SUPREMO N°010-2014-EF** APRUEBA LAS NORMAS REGLAMENTARIAS PARA QUE LAS ENTIDADES PÚBLICAS ADECUEN Y REALICEN AFECTACIONES EN LA PLANILLA ÚNICA DE PAGOS EN SU ARTÍCULO 4° SEÑALA QUE EL SERVIDOR O CESANTE PODRÁ SOLICITAR LA AFECTACIÓN DE LA PLANILLA ÚNICA DE PAGOS SOLO PARA EFECTUAR A TRAVÉS DE ELLA, EL PAGO DE OBLIGACIONES ASUMIDAS POR DICHO SERVIDOR O CESANTE CON AQUELLOS FONDOS DE BIENESTAR Y ENTIDADES SUPERVISADAS Y/O REGULADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCA, SEGUROS Y AFP.
- CON **OFICIO MÚLTIPLE N°061-2016-MIMNEDU/VMGP-DIGEDD-DITEN** DE FECHA 21/07/2016, SE ESTABLECEN PRECISIONES PARA LA EJECUCIÓN DE DESCUENTOS DE LA PLANILLA DE PAGOS, MEDIANTE EL CUAL SE APRUEBA LOS GRUPOS DE DESCUENTOS Y

"Año de la Universalización de la Salud"

LAS AUTORIDADES AUTORIZADAS PARA DESCONTAR, CABE PRECISAR QUE EL NUMERAL 3.9 DEL REFERIDO OFICIO SEÑALA QUE EL CASILLERO HABILITADO DEBE SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE PARA EFECTUAR DESCUENTOS AUTORIZADOS POR EL SERVIDOR O CESANTE A FAVOR DE LA ENTIDAD A QUIEN PERTENECE EL CASILLERO.

SEÑORES LAS FUNCIONES DE ESTA SEDE INSTITUCIONAL A TRAVES DEL AREA DE INFORMATICA ES SOLO PROCEDER CON ESTRICTA OBSERVANCIA A LOS OFICIOS MÚLTIPLES N°061-2016-MINEDU/VMGP-DIGEDD-DITEN, N°030-2017-MINEDU/VMGP-DIGEDD-DITEN Y N°087-2016-MINEDU/VMGP-DIGEDD-DITEN. **POR TAL, PARA QUE SE REALICE EL DESCUENTO AL DIRECTIVO, DOCENTE, AUXILIAR Y ADMINISTRATIVO ACTIVO O CESANTE, ESTE DEBE HABER FIRMADO LA AUTORIZACION DE DESCUENTO A LA ENTIDAD TERCERA (FORMATO 01)**

SIN EMBARGO CUANDO SE TRATA DE RENUNCIAS O RECLAMOS POR EL SERVICIO O PRODUCTO PRESTADO, EN MERITO A LOS ACUERDOS CELEBRADOS ENTRE EL DIRECTIVO, DOCENTE, AUXILIAR Y

"Año de la Universalización de la Salud"

ADMINISTRATIVO Y UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA DESCONTAR A TRAVÉS DE LA PLANILLA ÚNICA DE PAGO DEBE SER CANALIZADO DIRECTAMENTE A LA ENTIDAD CON QUIEN CELEBRO EL CONTRATO, TENIENDO EN CUENTA QUE LA ACEPTACIÓN DE DICHO COMPROMISO ES POTESTAD DEL TRABAJADOR, EN LA CUAL LA UGEL NO PARTICIPA TAL Y COMO CONSTA EN SUS RESPECTIVOS CONTRATOS, SI ESTOS RECLAMOS O CONSULTAS NO SON RESUELTAS POR LA ENTIDAD LOS TRABAJADORES PODRAN ACUDIR A LAS INSTANCIAS COMPETENTES (INDECOPI, PODER JUDICIAL, ETC). ES PRECISO DAR A CONOCER QUE LA UGEL NO POSEE NINGUN TIPO DE CONVENIO CON ENTIDADES TERCERAS.

MARTES, 12 DE FEBERO 2020

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 única 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 (x) Nombrado
 (marcar): () Contratado
 () Pensionista
 IGED (DRE/UGEL): _____

2 DATOS DE LA ENTIDAD CON QUIEN ASUME EL COMPROMISO
 Razón Social: **DERRAMA MAGISTERIAL**
 RUC: **20136424867**
 Marcar grupo de descuento:

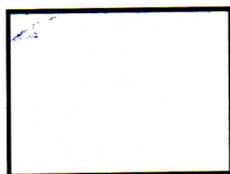
Sindicales	()	Fondo de Bienestar	(X)	Cooperativa	()	Superv. SBS	()
------------	-----	--------------------	-------	-------------	-----	-------------	-----

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

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

3 DETALLE DEL COMPROMISO Y DESCUENTO
 () Aportes obligatorios mensuales (sindicales, socios cooperativos, asociaciones, etc.)
 Inicio: Mes _____ Año _____ Aporte mensual (S/.) **0.5% UIT vigente**
 () Compromiso por créditos, alimentos, servicios y otros
 Inicio: Mes _____ Año _____ Término: 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 está 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

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.