



SUBCOMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO DE LA
FUERZA AÉREA DEL PERÚ – SUBCAFAE - FAP
Av. 28 de julio S/N con Av. Horacio Urteaga – Jesús María
Celular 942048081
subcafaemindeffap@gmail.com

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO MENSUAL Y COMPROMISO
IRREVOCABLE DE GARANTE BENEFICIARIO**

Señor.
PRESIDENTE DEL SUBCAFAE FAP
Presente.-

De mi consideración:

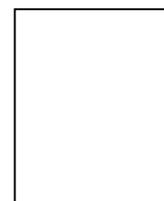
Yo E.C. FAP.
identificado(a) con DNI.N° NSA.N°
con domicilio real, sito en
Distrito de la Provincia Departamento
..... Beneficiario del Fondo de Asistencia y Estímulo (FAE), de
la UU.DD, Grado con Teléfono Celular
..... E-mail **GARANTIZO** a:

..... con DNI: y **AUTORIZO** en forma expresa al
SUBCOMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO DE ASISTENCIA Y ESTÍMULO
DE LA FAP, a descontar de mi asignación como Incentivo Único mensual, la cuota
que corresponda, a fin de amortizar y/o cancelar el pago de la asistencia económica
reembolsable que haya recibido del SUBCAFAE-FAP y que en adelante adeude el
beneficiario que garantizo, asimismo, acepto y suscribo la presente como título valor
correspondiente para tal efecto.

En caso de cese, retiro voluntario, licencia no remuneradas, enfermedad o
cualquiera otra causal de extinción o suspensión del vínculo laboral, el monto de la
asistencia económica o su saldo será cancelado con cualquier otro ingreso que
perciba, **AUTORIZO**, a que se me efectúe el descuento de mis haberes y/o otros
ingresos. El compromiso antes asumido es de carácter irrevocable y en señal de
conformidad firmo la presente.

_____, _____
(Ciudad) (Fecha)

FIRMA BENEFICIARIO GARANTE



Huella digital