



COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU
CONSEJO REGIONAL DE LIMA METROPOLITANA

RUC.:20117925375

NRO. EXP.....

FICHA DE EVALUACION
EXONERACION DE PAGOS

DATOS

NOMBRES Y APELLIDOS

CEP N°

APODERADO

REQUISITOS

- Solicitud dirigida a la Decana del CRIII, especificando motivo de la exoneración de aportes.
- Carta poder para solicitar exoneración del pago de cotizaciones.....
- Copia simple de DNI de apoderado.....
- Copia simple de DNI del solicitante.....
- Pasaporte vigente con movimiento migratorio.....
- Visa del país donde labora o reside.
- Contrato de trabajo vigente (mínimo 6 meses de antigüedad).....
- Copia de pagos realizados en el extranjero (colegio, asociación , etc.).....
- Carnet de colegiado (de ser colegiado en el extranjero).....
- Copia de habilitación para el extranjero (cuando se tramita por 1era. vez).....
- Récord de cotizaciones al día.....
- Copia de Carta anterior de exoneración (sólo cuando es renovación).....
- Otros.....

SI

NO

EXONERACION APROBADO

TESORERA JUNTA DIRECTIVA

1ERA. EXONERACION

RENOVACION DE EXONERACION

DURACION DE EXONERACION DE PAGOS

DESDE.....HASTA.....

MOTIVO.....

PAIS.....

NRO. DE DOCUMENTO QUE ACREDITA

EXONERACION NO APROBADA

TESORERA JUNTA DIRECTIVA

OBSERVACIONES

.....
V°B° TESORERIA

RECIBIDO POR: NOMBRE:.....

.....