

**AUTORIZACION DE DESCUENTO A
LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

**CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS
FUERZAS POLICIALES (COSFUP)**

Yo,.....
Grado..... Miembro de la PNP - SANIDAD DE LA PNP, identificado con CIP
.....; DNI N°, que percibo una pensión de Retiro de la PNP;
domiciliado en.....del distrito Y
provincia de con teléfono fijo número de celular
y correo electrónico, **AUTORIZO AL CIRCULO DE
OFICIALES DE LA SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES,** a efectuar el descuento
por concepto de **CUOTAS ASOCIATIVAS MENSUALES,** sobre mi pensión mensual que
percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

De la misma manera declaro además tener conocimiento sobre el **orden de prelación
establecido en los 5° y 6° del Decreto Supremo N° 010-2014-EF.**

La entidad considerará, en primer término, aquella que tuviera relación con la atención
de las obligaciones asumidas por estos frente a los fondos de bienestar y, solo
después, puede considerar relacionadas con créditos otorgados por las entidades
supervisadas o reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que el CIRCULO DE
OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES, será el único responsable del
monto del descuento enviado y efectuado por la Caja de Pensiones Militar Policial,
sobre mi pensión, por lo que cualquier reclamo o consulta la realizará ante el CIRCULO
DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES.

Lima,



(F i r m a)

DNI N°