



CIRCULO DE OFICIALES DE LA SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

SOLICITUD DE INGRESO ADHERENTES (Profesionales de la Salud con Título Universitario)

SEÑOR PRESIDENTE DEL CIRCULO DE OFICIALES SS.FF.PP.

S.P.

Yo,

Con el grado de: Profesión:

Identificado con: DNI Nro., C.I.P. Nro.

CODOFIN Nro.

Fecha de Nacimiento: Fecha de Ingreso a la SPNP
DIA MES AÑO

Domiciliado en:

..... Telf..... Cel

Prestando servicios en Telf.

Ante Ud., expongo lo siguiente:

Que, en mi condición de Profesional de la Salud PNP; solicito a Ud. Tenga a bien, se sirva autorizar mi ingreso como socio de este Centro de Esparcimiento, el cual Ud. Tan dignamente dirige, comprometiéndome a abonar las cotizaciones mensuales (DESCUENTO POR PLANILLA)

POR LO EXPUESTO:

Solicito a Ud. Señor presidente del COSFUP, acceda a mi solicitud por ser de justicia.

ADJUNTO:

- ❖ Título Universitario de la profesión medica
- ❖ Copia ultima de liquidación de pago
- ❖ Copia de Carnet de Identidad.
- ❖ Copia de DNI
- ❖ 01 Fotografía tamaño carnet

Lima.....de.....del.....

.....

FIRMA

POS FIRMA:

DNICIP.....



"CÍRCULO DE OFICIALES DE LA SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES"

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR CUOTAS O APORTES
DE ACUERDO AL ESTATUTO, EN LA PLANILLA ÚNICA DE
PAGO DEL PERSONAL PNP

Yo, (Grado)..... NOMBRES Y APELLIDOS.....
....., en situación de
identificado con DNI N°, CIP....., CODOFIN
....., con domicilio en
..... Teléfono
fijo....., celular....., e-mail.....

**AUTORIZO DE MANERA EXPRESA, Y VOLUNTARIA AL
CIRCULO DE OFICIALES DE LA SANIDAD DE LAS FUERZAS
POLICIALES (COSFUP),** para que proceda a gestionar ante la División
de Promoción, Nombramiento, Incentivos, Beneficios y Producción de Planillas
DIRREHUM-PNP, los descuentos correspondiente a los aportes y/o
cotizaciones mensuales, de mi Planilla de Haberes y/o Pensiones. Asimismo,
declaro bajo juramento que **cualquier reclamo por los descuentos que se
me realizan lo haré directamente al COSFUP.** En señal de conformidad y en
pleno uso de mis facultades, firmo a continuación.

Lima, de..... de 20.....

V° B°
REPRESENTANTE
DE LA ENTIDAD



.....
FIRMA DEL ADMINISTRADO

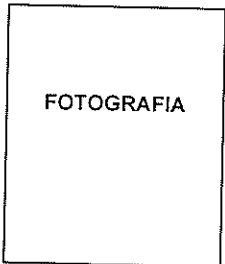
**CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS
FUERZAS POLICIALES (COSFUP)**

REGISTRO DE ASOCIADOS

Nº _____

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO ADHERENTE:

NOMBRES:
APELLIDOS:
DNI Nº _____ CIP. Nº _____ CODOFIN _____
ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____
DOMICILIO REAL.....
..... TELEFONO.....
FECHA DE INGRESO A LA ASOCIACION
FECHA NACIMIENTO NATURAL
CORREO ELECTRONICO



DATOS FAMILIARES

CONYUGE U OTRO
DNI Nº _____ OCUPACION _____ OTROS _____
HIJOS:
..... F. NAC
..... F. NAC
..... F. NAC
..... F. NAC

PADRES:
.....
.....

AUTORIZACION DE DESCUENTO DE APORTACIONES:

Por el presente, me comprometo voluntariamente a cumplir con los pagos por las aportaciones mensuales, ordinarios y extraordinarios, que como asociado adherente del Círculo de Oficiales de Sanidad FF.PP. tengo la obligación de pagar:

DECLARO QUE EL CONTENIDO DE LA PRESENTE, ES LA VERDAD, ASUMIENDO MI RESPONSABILIDAD EN CASO DE FALSEDAD.

OBSERVACIONES:
.....
.....

..... PRESIDENTE SECRETARIO ASOCIADO
CONSEJO DIRECTIVO CONSEJO DIRECTIVO



CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

CARTA DE PRESENTACION

Por el presente documento, YO,

En mi condición de ASOCIADO TITULAR HABIL del **CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES (COSFUP)**, presento al Sr. Identificado con DNI N° quien es profesional de la Salud, con el grado de; el mismo que está gestionado

SER INCLUIDO COMO ASOCIADO ADHERENTE DEL COSFUP.

En fe que conozco y recomiendo al citado Profesional, suscribo la presente en señal de conformidad.

NOMBRE COMPLETO :

Grado Policial :

D.N.I :

Teléfono..... Correo Electrónico.....

San Borja, de de 2025

.....

FIRMA



CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

CARTA DE PRESENTACION

Por el presente documento, YO,

En mi condición de ASOCIADO TITULAR HABIL del **CIRCULO DE OFICIALES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES (COSFUP)**, presento al Sr. Identificado con DNI N° quien es profesional de la Salud, con el grado de; el mismo que está gestionado **SER INCLUIDO COMO ASOCIADO ADHERENTE DEL COSFUP.**

En fe que conozco y recomiendo al citado Profesional, suscribo la presente en señal de conformidad.

NOMBRE COMPLETO :

Grado Policial :

D.N.I :

Teléfono..... Correo Electrónico.....

San Borja, de de 2025

.....

FIRMA