



CIRCULO DE OFICIALES DE LA SANIDAD DE LAS FUERZAS POLICIALES

## SOLICITUD DE INGRESO

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 Oficial SPNP; 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.

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

#### ADJUNTO:

- ❖ Copia ultima de liquidación de pago
- ❖ Copia de Carnet de Identidad.
- ❖ Copia de DNI
- ❖ 01 Fotografía tamaño carnet

.....

FIRMA

POS FIRMA: .....

DNI .....CIP.....



"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 TITULAR:

NOMBRES: .....

APELLIDOS: .....

DNI Nº \_\_\_\_\_ CIP. Nº \_\_\_\_\_ CODOFIN \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

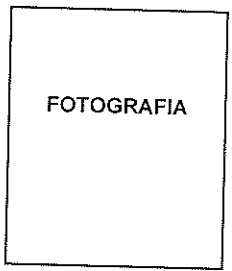
DOMICILIO REAL.....

..... 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, libre y voluntariamente autorizo se me descuente de mi planilla de pagos, los aportes mensuales, ordinarios y extraordinarios, que como asociado 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  
CONSEJO DIRECTIVO

.....  
SECRETARIO  
CONSEJO DIRECTIVO

.....  
ASOCIADO



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 Oficial de Servicios, con el grado de .....; el mismo que está gestionado SER INCLUIDO COMO ASOCIADO DEL COSFUP.

En fe que conozco y recomiendo al citado Oficial S PNP, 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 Oficial de Servicios, con el grado de .....; el mismo que está gestionado SER INCLUIDO COMO ASOCIADO DEL COSFUP.

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

NOMBRE COMPLETO : .....

Grado Policial : .....

D.N.I : .....

Teléfono..... Correo Electrónico.....

San Borja, de ..... de 2025

.....

**FIRMA**