



# ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FUERZA AÉREA "AMECFA"

Av. Nueva Tomás Marsano N° 1583 - 1585 - Surquillo  
Telefax: 449-0287 - Telfs.: 260-8014 / RPM #374377  
www.amecfa.org

## AUXILIO MUTUAL DE PRESTAMO

(Art. 105 Inc. C Estatuto AMECFA)

Sello y Fecha de Recep.

No

Registro de Ingreso

### DEL ASOCIADO

Llenar los casilleros a Máquina o letras de imprenta y marcar con una X lo que corresponda.

Grado	N S.A.	Apellidos y Nombres		Unidad
Tiempo de Servicio al Estado		Fecha Ingreso AMECFA	Domicilio	
Años		Mes:	Año:	
Distrito		Teléfono	Casa	Trabajo
Importe del Auxilio Solicitado	S/.	Letras		

Justificación de la Solicitud de Auxilio:

Lugar:.....

Fecha: ...../...../.....

Firma del Solicitante

D.N.I. ....



Huella Digital

### GARANTES: SOCIOS AMECFA

Los que suscribimos, garantizamos solidaria y mancomunadamente al socio solicitante, siendo responsables de la suma que adeude del Auxilio Mutual que se conceda en caso de incumplimiento o morosidad por más de tres (3) meses, autorizamos a AMECFA ejecutar el cobro respectivo.

Grado	N.S.A.	Apellidos y Nombres	Fecha Ingreso AMECFA	Unidad
Lugar y Fecha		Firma 1er. Garante	Firma 2do. Garante	
D.N.I. ....		Huella Digital	D.N.I. ....	Huella Digital

Lugar y Fecha

Firma 1er. Garante

D.N.I. ....



Huella Digital

Firma 2do. Garante

D.N.I. ....



Huella Digital

### INFORME DE FILIALES REGIONALES

Para los socios de las Unidades y Dependencias FAP fuera de Lima / Callao, habiéndose revisado los requisitos y comprobado las necesidades del socio solicitante se corre trámite a la Sede Central para los fines del caso.

Observaciones:

Lugar y Fecha

Sello y Firma del Encargado(a) de Ctas. Ctes

Sello y Firma del Repres. de Filial

### DICTAMEN DE LA COMISION DE AUXILIOS MUTUALES

APROBADO <input type="checkbox"/>	Por el importe de	
DENEGADO <input type="checkbox"/>	Descontable en	(en letras) Mensualidades, desde el mes de del 20 con
	El	% de Interés Fijo Mensual

Observaciones:

Fecha: ...../...../.....

Firma de los Miembros de la Comisión de Auxilio

Firma de los Miembros de la Comisión de Auxilio

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGPREV-MINDEF)**

Mediante el presente documento, Yo \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_ y con CIP N° \_\_\_\_\_, actualmente en situación de retiro de: EP ( ) FAP ( ) MGP ( ), perteneciente al régimen: Militar ( ) Civil ( ) Otros ( ) con tipo de pensión: Titular ( ) Sobreviviente ( ), domiciliado en \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_.

**AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA** a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que han sido remitidos y registrados por la **ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FAP – AMECFA**, en fechas anteriores a la suscripción del presente documento, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

Crédito                       Aporte<sup>1</sup>                       Cuota<sup>2</sup>                       Otros<sup>3</sup>

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavin de Huantar	Otros (Indicar)
1							
2							
3							

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

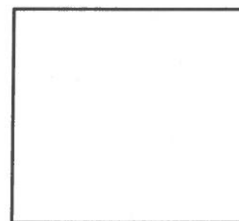
Finalmente, dejo constancia que la **ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FAP – AMECFA**, es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la **ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FAP – AMECFA**.

**DECLARACIÓN OPCIONAL:**

Declaro que, de manera voluntaria, SI ( ) NO ( ) **ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, SI ( ) NO ( ) **AUTORIZO** a la **ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FAP – AMECFA** para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la **ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE EMPLEADOS CIVILES DE LA FAP – AMECFA**.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)



Post Firma: \_\_\_\_\_

Huella Digital

D.N.I (CE): \_\_\_\_\_

**Nota:**

- ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.
- TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

<sup>1</sup> Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca.

<sup>2</sup> Relacionado a una prestación de salud.

<sup>3</sup> Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.

*El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.*