

Nº DE SOLICITUD
KYL26-
SOLO PARA SER LLENADO POR MESA DE PARTES



**FONDO DE SEGURO DE CESACIÓN PARA LOS
EMPLEADOS CIVILES DEL MINISTERIO DEL
INTERIOR (FOSCECMI) EN LIQUIDACIÓN**

SEÑORES DE LA JUNTA LIQUIDADORA DEL FOSCECMI

APELLIDOS Y NOMBRES	PROGRAMA	DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
		DNI	Cédula	Pasaporte	Carnet de Trabajador	Carnet de Extranjero	Carnet de Vehículo
D O M I C I L I O	DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO				
	TELEFONO						

ANTE USTED CON EL DEBIDO RESPETO ME PRESENTO Y SOLICITO EL PAGO DE:

1 BENEFICIO POR LIQUIDACIÓN MIEMBRO ACTIVO APORTANTE HASTA OCTUBRE 2025 Y/O NOVIEMBRE 2025 ART.3.1 DEL D.S N° 014-2025-IN:	MARCAR "X" LO QUE CORRESPONDA
<input type="checkbox"/>	
2 BENEFICIO POR LIQUIDACIÓN MIEMBRO CON LICENCIA SIN GOCE DE HABER ART. 3.2 DEL D.S N° 014-2025-IN:.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
3 DEVOLUCIÓN DE APORTES MIEMBRO OBLIGATORIO NO APORTANTE ART.3.3 DEL D.S. N° 014-2025-IN (D.S N° 041-DE/CCFFAA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
4 BENEFICIO DE SEGURO DE CESACIÓN O DEVOLUCIÓN DE APORTES - CESANTE QUE NO COBRO ART.3.4 D.S N° 014-2025-IN (D.S N° 041-DE/CCFFAA):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
5 BENEFICIO POR FALLECIMIENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES SOCIO (F) ...	<input type="checkbox"/>
a) Apertura de Carta Declaratoria	<input type="checkbox"/>
b) Trámite para el pago del Beneficio	<input type="checkbox"/>
6 OTROS:	<input type="checkbox"/>

POR LO EXPUESTO

SOLICITO A USTED SEÑORES DE LA JUNTA LIQUIDADORA DEL FOSCECMI ACCEDER A MI PEDIDO.

LIMA ,..... /...../.....

FIRMA DEL SOLICITANTE

DNI N°

REQUISITOS

1 BENEFICIO POR LIQUIDACIÓN MIEMBRO ACTIVO APORTANTE HASTA OCTUBRE 2025 Y/O NOVIEMBRE 2025 ART.3.1 DEL D.S N° 014-2025-IN

- Formato de solicitud del miembro activo aportante con el requerimiento de pago del Beneficio por Liquidación.
- Copia simple de Documento Nacional de Identidad, que no se encuentre en caducidad.
- Boleta de pago de octubre y/o noviembre 2025. Este requisito no es exigible a los miembros autoridades políticas.
- Boucher emitido por el Banco de su elección dónde se lean los siguientes datos: nombre de la entidad bancaria, el número de cuenta y CCI.
- Declaración jurada de veracidad y autenticidad de los datos y documentación presentados.

2 BENEFICIO POR LIQUIDACIÓN MIEMBRO CON LICENCIA SIN GOCE DE HABER ART. 3.2 DEL D.S N° 014-2025-IN

- Formato de solicitud del miembro con el requerimiento de pago del Beneficio por Liquidación.
- Copia simple de Documento Nacional de Identidad, que no se encuentre en caducidad.
- Última Boleta de pago.
- Fundamentos y medios probatorios vigentes, emitidos por la Oficina de Recursos Humanos de la institución a la que pertenecen, que acrediten que al cierre de la planilla de octubre y/o noviembre de 2025 no se encontraba aportando por permisos o licencias por causas justificadas o motivos personales, cargo de confianza o del puesto de dirección designado o encargado, en el marco del régimen del Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. En todos los supuestos, la documentación presentada debe acreditar indubitablemente no haber cesado y pertenecer al régimen del Decreto Legislativo N° 276 en octubre y/o noviembre de 2025.
- Boucher emitido por el Banco de su elección dónde se lean los siguientes datos: nombre de la entidad bancaria, el número de cuenta y CCI.
- Declaración jurada de veracidad y autenticidad de los datos y documentación presentados.

3 DEVOLUCIÓN DE APORTES MIEMBRO OBLIGATORIO NO APORTANTE ART.3.3 DEL D.S. N° 014-2025-IN (D.S N° 041-DE/CCFFAA)

4 BENEFICIO DE SEGURO DE CESACION O DEVOLUCIÓN DE APORTES - CESANTE QUE NO COBRO ART.3.4 D.S N° 014-2025-IN (D.S N° 041-DE/CCFFAA)

- Formato de solicitud utilizado para el marco normativo del Decreto Supremo N° 041-DE/CCFFAA y de la Resolución Ministerial N° 0665-2000-IN-FOSCECM.
- Copia simple de Documento Nacional de Identidad, que no se encuentre en caducidad.
- Resolución de Cese.
- Última Boleta de pago proporcionada por el MININTER para corroborar el Monto Único Consolidado al momento de su cese.
- Boucher emitido por el Banco de su elección dónde se lean los siguientes datos: nombre de la entidad bancaria, el número de cuenta y CCI.
- Declaración jurada de veracidad y autenticidad de los datos y documentación presentados.

5 BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

- Formato de solicitud con el requerimiento de apertura y constatación de la Carta Declaratoria de Beneficiario y pago del Beneficio por Liquidación en caso de fallecimiento.
- Copia de Documento Nacional de Identidad del solicitante o los solicitantes.
- Resolución de cese por causal de fallecimiento del titular del Beneficio por Liquidación.
- Copia certificada del Acta de defunción del miembro del FOSCECM, emitida por el RENIEC.
- Última Boleta de pago de octubre y/o noviembre 2025.

Una vez aperturada la Carta Declaratoria los beneficiarios, o, en caso se presente la sucesión intestada, los herederos legales, deberán cumplir con presentar los siguientes requisitos:

- Copia de Documento Nacional de Identidad de los beneficiarios o herederos legales, que no se encuentre en caducidad. Para estos efectos, se solicita la copia con certificación notarial.
- En caso de herederos legales, certificado literal del Asiento de la Partida Electrónica del Registro correspondiente, dónde obre inscrita la sucesión intestada.
- Boucher emitido por el Banco dónde se lean los siguientes datos: nombre de la entidad bancaria, el número de cuenta y CCI.
- En el caso de menores de edad, presentar copia certificada del Acta de Nacimiento para efectos de apertura de cuenta.
- En el caso de beneficiarios o herederos legales que acrediten una condición de discapacidad que limite el pleno ejercicio de facultades, copia del carné de CONADIS. Deberá adjuntar la identificación y sustento documental correspondiente de representante legal, tutor y/o curador.
- En caso de fallecimiento de uno o más de los beneficiarios que aparece en la Carta Declaratoria, certificado literal del Asiento de la Partida Electrónica del Registro correspondiente dónde conste la sucesión intestada del beneficiario fallecido debidamente inscrita en Registros Públicos.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE DOCUMENTOS

Yo, _____ identificado(a) con
DNI N° _____, al amparo de lo dispuesto en el artículo 49 del TUO de la Ley
N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y modificatorias; y a efectos de cumplir con los
requisitos correspondientes al procedimiento de _____
DECLARO BAJO JURAMENTO que los siguientes documentos e informaciones son AUTÉNTICOS y
responden a la verdad de los hechos que en ellos se consignan:

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-

Asimismo, declaro conocer que de comprobase fraude o falsedad en la declaración, información o
documentación presentada, el FOSCECMI tendrá por no satisfecha la exigencia de su presentación para
todos los efectos, y, de corresponder, comunicar al Ministerio Público la presunta comisión de delitos
contra la Fe Pública previstos en el Código Penal.

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Firma _____

Doc. de Identidad N° _____

Fecha _____



Huella Dactilar