

“DIRECCIÓN PREVISIONAL DE LA MARINA”



CARTILLA DE ORIENTACIÓN DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO DEL PERSONAL MILITAR

2026

**“PENSIÓN DE ORFANDAD DE HIJOS DE
MENORES EDAD”**



DIRECCIÓN PREVISIONAL DE LA MARINA

REQUISITOS PARA LA PENSIÓN ORFANDAD DE HIJOS MENORES DE EDAD

Cuando el titular fallece en la condición de pensionista, se otorga Pensión de Orfandad de Hijos menores de edad, que acrediten el vínculo, reconocido con el acta de nacimiento, se otorga de acuerdo al artículo 24 del Decreto Ley N° 19846 Ley de Pensiones Militar Policial, concordante con el artículo 42 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-DE CCFA de fecha 17 de diciembre de 1987.

CORRESPONDE OTORGAR:

- Pensión de Orfandad de Hijos menores de edad

REQUISITOS:

1. Escrito solicitando pensión de orfandad de hijo menor de edad dirigido a la Dirección Previsional de la Marina **(se adjunta formato)**.
2. Acta de Defunción del titular original expedido por RENIEC.
3. Acta de Nacimiento del menor en original emitido por RENIEC (no mayor de tres (3) meses de antigüedad).
4. Formato de alta y/o actualización de datos familiares (datos de la beneficiaria) **(se adjunta formato)**.
5. Copia simple de la boleta de pago del titular.

CONSIDERACIONES:

1. La documentación presentada pasará una evaluación previa de fiscalización posterior con la finalidad de subsanar errores o documentos incompletos.
2. La documentación completa debe ser escaneada en formato PDF y dirigida al link: Mesa de Partes Virtual: <https://facilita.gob.pe/t/1925>, para gestionar oportunamente el beneficio; asimismo posteriormente se presentarán los documentos en originales para su archivo y fiscalización posterior, por la MESA DE PARTES, dirección; Av. La Marina cuadra 36 S/N cruce con la Av. Insurgentes La Perla – Callao – Lima, Dirección Previsional de la Marina - Marina de Guerra del Perú.
3. Los beneficiarios que sean de nacionalidad extranjera deberán tramitar su DNI o su Carnet de Extranjería, con la finalidad de que puedan tramitar su pensión y beneficios.
4. Los datos personales (nombres, fechas de nacimiento, fallecimiento u otros) deben coincidir con el número de DNI. de presentar omisiones o diferencias de ortografía serán observados y la solicitud no procederá hasta que se adjunte la rectificación correspondiente.
5. El domicilio y/o correo electrónico consignados en la solicitud y declaraciones juradas son válidos para efectos de las notificaciones.
6. Plazo máximo de TREINTA (30) días hábiles de procedimiento administrativo para la emisión de la resolución de beneficios.
7. Teléfono Estación Naval La Perla: 01-2078900 – 01-5142930 Anexos: 2365-2661-2398 WhatsApp: 913824711-913872267 Oficina de Atención al Usuario de la Dirección Previsional de la Marina de lunes a viernes, horario de 08:30 a 13:00 y 14:30 a 16:30.

NOTA:

- **Todo trámite para el otorgamiento de beneficios es personal y totalmente gratuito, NO es a través de terceros o tramitadores; o con carta poder original legalizada por notario.**
- **Todo documento que es emitido por la municipalidad como: partida o acta de nacimiento, matrimonio, divorcio o disolución de matrimonio, defunción y otros deberán ser registrados y certificados por la RENIEC como corresponde, debido coincidir con los datos consignados en el DNI.**

"FORMA CORRECTA DE LLENADO DE LA SOLICITUD"

Solicito: **PENSIÓN DE ORFANDAD DE
HIJOS MENORES DE EDAD**

DIRECCIÓN PREVISIONAL DE LA MARINA

Yo,**JUANA MARIA PÉREZ TORRES**
Identificado con DNI: ... **44552233** CIP: ...**11112222**
Domicilio: ... **AV. LA MARINA 3665**
Distrito: ... **SAN MIGUEL** Provincia: ... **LIMA**Departamento: ... **LIMA**
Referencia de domicilio: **EN EL PARADERO HIRAOKA**
Teléfono: ... **912345678**.....Correo: ... **mariavargas@gmail.com**.....

Ante Ud., con el debido respeto, me presento y expongo.

Que, habiendo fallecido el: ...**T2 PDA (F) JORGE MARCOS, SALINAS CONDORI**, padre de mi hijo..... **LUIS MIGUEL SALINAS PÉREZ**,**SOLICITO LA PENSIÓN DE ORFANDAD DE HIJO MENOR DE EDAD.**

Solicito a Ud., los beneficios y derechos que me asiste, por lo expuesto, adjunto los siguientes documentos:

- 1.- Acta de Defunción original de RENIEC**
- 2.- Acta de Nacimiento original de RENIEC**
- 3.- Copia de DNI simple del menor y del representante**
- 4.- Formato de alta y/o actualización de datos familiares**
- 5.- Copia simple de la boleta de pago del titular**

"NOTIFICACION ELECTRÓNICA" Conforme lo dispone el inciso (20.4), Artículo 20ª del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS, para que las futuras notificaciones y/o comunicaciones autorizo se dirijan al siguiente correo electrónico: **mariavargas@gmail.com**.....

En tal sentido, solicito a Ud., acceder a mi petición.

Lima, **2 de ENERO** del **2026**.



**Huella Dactilar
Índice Derecho**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Pérez Torres', written over a horizontal line.

.....
Firma

JUANA MARIA PÉREZ TORRES

.....
Apellidos y Nombres

DNI: ... **44552233**

Solicitud:
.....
.....

DIRECCIÓN PREVISIONAL DE LA MARINA

Yo.....
Identificado con DNI: CIP: Domicilio:
.....
Distrito Provincia Departamento
Referencia de domicilio:
.....
Teléfono Correo

Ante Ud., con el debido respeto, me presento y expongo.

Que,
.....
.....
.....

Solicito a Ud., los beneficios y derechos que me asiste, por lo expuesto, adjunto los siguientes documentos:

-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....
-.....

"NOTIFICACION ELECTRÓNICA" Conforme lo dispone el inciso (20.4), Artículo 20º del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS, para que las futuras notificaciones y/o comunicaciones autorizo se dirijan al siguiente correo electrónico:

En tal sentido, solicito a Ud., acceder a mi petición.



**Huella Dactilar
Índice Derecho**

.....(lugar),de.....del 20.....

.....
Firma

.....
Apellidos y Nombres

Nro. DNI.....

FORMA CORRECTA DE LLENADO DEL FORMATO

DECLARACIÓN JURADA DE PENSIÓN, REMUNERACIÓN Y BONIFICACIONES NO PENSIONABLES

Yo:**JUANA MARIA PÉREZ TORRES**
identificada con DNI: ...**26558974** con domicilio en..... **AV. LA MARINA 3665**.....
..... Distrito **SAN MIGUEL** Provincia.....
... **LIMA**... Departamento..... **LIMA** ..., señalando para efectos de notificación el Correo
electrónico..... **juanroberto@hotmail.com** y teléfono **912345678**.....

Que, encontrándome en la condición de representante legal de (nombre del menor de edad)
..... **LUIS MIGUEL SALINAS PÉREZ** solicitando una Pensión de Sobreviviente, presento
la siguiente DECLARACION JURADA, en los siguientes términos: (Marcar con una **X** según corresponda):

a) Que, el mencionado menor de edad, tiene derecho a percibir Pensión de su: esposo (....), hijo (....),
padre (**..X..**), quien en vida fuera el /la: **T2 PDA (F) JORGE MARCOS SALINAS CONDORI**

b) Asimismo, con relación a los ingresos, declaro que:

- ☒ (**NO**) percibe **PENSIÓN o REMUNERACION** por otra entidad del Estado
- ☐ (**SI**) percibe **PENSION** por entidad del Estado.
- ☐ (**SI**) percibe **REMUNERACIÓN** por entidad del Estado

c) En el caso que marque (**SI**) percibe pensión o remuneración del Estado, renuncia a la Bonificaciones
NO pensionables y Aguinaldos. (**Marcar con una X su renuncia**)

1.- RENUNCIA a la Bonificaciones NO pensionables y Aguinaldos del (**indicar nombre de la entidad y a
que Ley o Régimen Laboral pertenece**):
..... (.....)

Adjuntar: Solicitud de renuncia y respuesta de la suspensión a la Bonificaciones NO pensionables y
Aguinaldos de su entidad pagadora y la **boleta de pago**.

2.- RENUNCIA a la Bonificaciones NO pensionables y Aguinaldos del Ministerio de Defensa: (.....)

3.-
.....
.....

NOTA: De conformidad con la Ley, la Bonificación por Escolaridad y aguinaldos de Fiestas Patrias y Navidad, se
otorgará por una sola entidad del Estado, asimismo, será otorgada por aquella entidad que abona el **mayor monto de
ingresos** (pensión o remuneración del Estado) (D.S. N° 150-2023-EF).

Esta información se aplica en concordancia del "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar y Artículo
34° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. En caso de resultar
falsa la información proporcionada me someto a las acciones legales correspondientes y contempladas en los Artículo
411°, 427° y 438° del Código Penal Decreto Legislativo N° 635 de fecha 03-04-1991.

En tal sentido, firmo y estampo mi huella dactilar en la presente Declaración Jurada para los fines
legales correspondientes.



Huella Dactilar
Índice Derecho

En Lima, ...**2**... de **ENERO** del **2026**.....

.....
Firma

DECLARACIÓN JURADA DE
PENSIÓN, REMUNERACIÓN Y BONIFICACIONES NO PENSIONABLES

Yo:
identificada con DNI: con domicilio en
Distrito Provincia
Departamento señalando para efectos de notificación el Correo
electrónico y teléfono

Que, encontrándome en la condición de representante legal de (nombre del menor de edad)
solicitando una Pensión de Sobreviviente, presento la
siguiente DECLARACION JURADA, en los siguientes términos: (Marcar con una X según corresponda):

a) Que, mencionado menor de edad, tiene derecho a percibir Pensión de su: esposo (.....), hijo (.....),
padre (.....), quien en vida fuera el /la:

b) Asimismo, con relación a los ingresos, declaro que:

- (NO) percibe PENSIÓN o REMUNERACIÓN por otra entidad del Estado
- (SI) percibe PENSIÓN por entidad del Estado.
- (SI) percibe REMUNERACIÓN por entidad del Estado

c) En el caso que marque (SI) percibe pensión o remuneración del Estado, renuncia a la Bonificaciones
NO pensionables y Aguinaldos. (Marcar con una X su renuncia)

1.- RENUNCIA a la Bonificaciones NO pensionables y Aguinaldos del (indicar nombre de la entidad y a
que Ley o Régimen Laboral pertenece):
Adjuntar: Solicitud de renuncia y respuesta de la suspensión a la Bonificaciones NO pensionables
y Aguinaldos de su entidad pagadora y la boleta de pago.

2.- RENUNCIA a la Bonificaciones NO pensionables y Aguinaldos del Ministerio de Defensa: (.....)

3.-

NOTA: De conformidad con la Ley, la Bonificación por Escolaridad y aguinaldos de Fiestas Patrias y Navidad, se
otorgará por una sola entidad del Estado, asimismo, será otorgada por aquella entidad que abona el mayor monto
de ingresos (pensión o remuneración del Estado) (D.S. N° 150-2023-EF).

Esta información se aplica en concordancia del "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar y
Artículo 34° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. En caso de
resultar falsa la información proporcionada me someto a las acciones legales correspondientes y contempladas en
los Artículo 411°, 427° y 438° del Código Penal Decreto Legislativo N° 635 de fecha 03-04-1991.

En tal sentido, firmo y estampo mi huella dactilar en la presente Declaración Jurada para los fines
legales correspondientes.

Huella Dactilar
Índice Derecho

(lugar), de del 20.

Firma

"FORMA CORRECTA DE LLENADO DEL FORMATO"

FORMATO DE ALTA Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS FAMILIARES

Datos Personales												
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres						
SALINAS			CONDORI			JORGE MARCOS						
Grado		Especialidad		Documento de Identidad	Tipo	Número	Estado Civil		Fecha Nacimiento			Cabellos
T2	PDA		CIP		12345678	Soltero(a)						
Situación	Actividad		DNI		11223344	Casado(a)		X	Sexo	M		
	Disponibilidad		CE			Viudo(a)				F		Ojos
	Retiro	X	Pasaporte		Divorciado(a)			Talla				
Teléfonos												
Fijo		Celular		RPM		RPC		Anexo				
Email								Grupo Sanguíneo				

Datos Familiares														
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres								
SALINAS			PÉREZ			LUIS MIGUEL								
Parentesco	Afinidad		Documento de Identidad	Tipo	Número	Estado Civil	Soltero(a)	X	Grado Instrucción					
	Esposo(a)			CIP			Casado(a)		5° DE PRIMARIA					
	Hijo(a)	X		DNI	12121212		Viudo(a)		Día	Mes	Año			
	Hijastro(a)			CE			Divorciado(a)		04	04	1970			
	Conviviente		Pasaporte				Lugar de Nacimiento							
	Padre		Sexo	M	X	Discapacidad	Si							
	Madre							Distrito	Provincia	Departamento				
	Suegro(a)							COMAS	LIMA	LIMA				
Grupo Sanguíneo		Está a su cargo		Domicilio		AV. BELAUDE N° 1055								
O+		X Si No		Distrito		Provincia		Departamento						
				COMAS		LIMA		LIMA						
Fecha de fallecimiento			Tipo de Residencia		HUÉSPED		Teléfono		01-1234567		Religión		CATOLICO	
Día	---	Mes	----	Mes	---									



Huella Dactilar índice Derecho

...LIMA, ...2.... deENERO..... del 2026...

Firma del Titular

NOTA: Declaro bajo juramento que la información proporcionada es verdadera. En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito Contra la Fé Pública, falsificación de Documentos, (Artículo 411°, 427°, y 438° del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7) "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

"NOTIFICACION ELECTRÓNICA" Conforme lo dispone el inciso (20.4), Artículo 20° del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS, para que las futuras notificaciones y/o comunicaciones autorizo se dirijan al siguiente correo electrónico: **mariavargas@gmail.com**.....

FORMATO DE ALTA Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS FAMILIARES

Datos Personales												
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres				
Grado		Especialidad		Documento de Identidad	Tipo	Número	Estado Civil		Fecha Nacimiento		Cabellos	
					CIP		Soltero(a)					
Situación	Actividad		DNI			Casado(a)		Sexo	M		Ojos	
	Disponibilidad		CE			Viudo(a)			F			
	Retiro		Pasaporte		Divorciado(a)		Talla					
Teléfonos												
Fijo		Celular			RPM		RPC		Anexo			
Email									Grupo Sanguíneo			

Datos Familiares												
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres				
Parentesco	Afinidad		Documento de Identidad	Tipo	Número	Estado Civil	Soltero(a)		Grado Instrucción			
	Espos(a)			CIP								
	Hijo(a)			DNI			Casado(a)		Fecha de nacimiento			
	Hijastro(a)			CE			Viudo(a)		Día	Mes	Año	
	Conviviente		Pasaporte		Divorciado(a)							
	Padre		Sexo	M	Discapacidad	Si	Lugar de Nacimiento					
	Madre						Distrito	Provincia	Departamento			
	Suegro(a)											
			F		No							
Grupo Sanguíneo		Está a su cargo		Domicilio								
		Si	No	Distrito		Provincia		Departamento				
Fecha de fallecimiento				Tipo de Residencia			Teléfono		Religión			
Día		Mes		Mes								

**Huella Dactilar índice
Derecho**

.....(lugar), de del 202...

Firma del Titular

NOTA: Declaro bajo juramento que la información proporcionada es verdadera. En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito Contra la Fé Pública, falsificación de Documentos, (Artículo 411°, 427°, y 438° del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7) "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar de la Ley de Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444.

"NOTIFICACION ELECTRÓNICA" Conforme lo dispone el inciso (20.4), Artículo 20° del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N°004-2019-JUS, para que las futuras notificaciones y/o comunicaciones autorizo se dirijan al siguiente correo electrónico: