

“DIRECCIÓN PREVISIONAL DE LA MARINA”



CARTILLA DE ORIENTACIÓN DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO DEL PERSONAL MILITAR

2026

**“PENSIÓN DE ORFANDAD DE HIJOS EN
ESTUDIOS SUPERIORES”**



DIRECCIÓN PREVISIONAL DE LA MARINA

REQUISITOS PARA LA PENSIÓN DE ORFANDAD DE HIJOS EN ESTUDIOS

Los hijos solteros mayores de 18 años, del personal militar y policial fallecidos en acción o comisión de servicio, que sigan en forma ininterrumpida estudios de nivel básico, superior y/o universitario, tendrán derecho a la pensión de orfandad establecido en el Decreto Supremo N° 058-90-PCM, Artículo 1, y establecidos en los Artículos 24 y 25 del Decreto Ley N° 19846.

CORRESPONDE OTORGAR:

- Pensión de orfandad de hijo en estudios.

REQUISITOS:

1. Escrito solicitando Pensión de Orfandad de hijo en estudios dirigido a la Dirección Previsional de la Marina (**se adjunta formato**).
2. Acta de Defunción del titular original expedido por RENIEC (padre y madre).
3. Acta de Nacimiento del hijo (a) en original expedida por RENIEC (no mayor de tres (3) meses de antigüedad) que acredite el vínculo.
4. Copia simple de la boleta de pago del titular.
5. Declaración Jurada de Pensión, Remuneración y Bonificaciones No Pensionables (**se adjunta formato**).
6. Formato de alta y/o actualización de datos familiares (datos de la beneficiaria) (**se adjunta formato**).
7. Constancia o Certificado de Estudios en original o copia legalizada que acredite el periodo de la duración de la carrera (inicio y término).
8. Constancia Negativa de Inscripción de Matrimonio emitido por RENIEC que acredite no haber contraído matrimonio.
9. Declaración Jurada de hijo en estudios (**Se adjunta formato**).
10. Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (SUNARP) Certificado Negativo que acredite que carece de propiedades o bienes a nivel nacional; asimismo, en el caso de tener UNA (1) propiedad a su nombre deberá presentar Certificado de Propiedad de la SUNARP del lugar que ocupa como vivienda.
11. Certificado de la Oficina de Normalización Provisional (ONP) de la Dirección de Prestaciones, que acredite no ser beneficiaria de ningún régimen de Seguro Social de pensión Ley N° 20530, Ley N° 19990, Ley N° 25967, Ley N° 26504, Ley N° 19846 y otros.
12. Certificado de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones) certificado del Departamento de Servicios al Ciudadano o de Plataforma de Atención al Usuario, que sustente no estar afiliada a ninguna AFP.
13. Certificado expedido por la Oficina de Registro y Cuenta Individual Nacional de Empleadores y Asegurados o de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de ESSALUD, que acredite no estar inscrito en los registros de asegurados, ni ser TITULAR.
14. Certificado de la Municipalidad de la Gerencia de Promociones Empresariales y Comerciales del lugar de residencia habitual, indicando que no ejerce profesión, industria o negocio.
15. Constancia de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT) señalando NO tener RUC (Registro Único de Contribuyentes) NO tener RUS (Régimen Único Simplificado) o de haber sido o ser contribuyente ACTIVO.

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 a coincidir con los datos consignados en el DNI.

"FORMA CORRECTA DE LLENADO DE LA SOLICITUD"

Solicito: **PENSIÓN DE ORFANDAD DE HIJO EN ESTUDIOS**

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 mí (esposo(a), hijo padre) (Indicar grado, nombre y apellido): ...**T3 (F) JORGE MARCOS SALINAS CONDORI, SOLICITO LA PENSIÓN DE ORFANDAD DE HIJO EN ESTUDIOS.....**

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 solicitante
- 4.- Declaración Jurada de Pensión, Remuneración y Bonificaciones No Pensionables
- 5.- Certificado de Estudios en original o copia legalizada
- 6.- Constancia Negativa de Inscripción de Matrimonio emitido por RENIEC
- 7.- Declaración Jurada de hijo en estudios
- 8.- Certificado Negativo propiedades de la (SUNARP) a nivel Nacional
- 9.- Certificado de la ONP
- 10.- Certificado Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
- 11.- Certificado ESSALUD
- 12.- Certificado de la Municipalidad
- 13.- Constancia de la SUNAT de no tener RUC y RUS
- 14.- Número de cuenta de Banco
- 15.- Formato de alta y/o actualización de datos familiares
- 16.- Copia simple de la boleta de pago del titular

"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:**mariavargas@gmail.com**.....

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

Lima, 2 de **ENERO** del **2025**.



**Huella Dactilar
Índice Derecho**

.....
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.

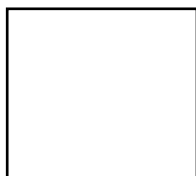
Que,
.....
.....
.....

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 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 solicitando una Pensión de Sobreviviente, presento la siguiente DECLARACION JURADA, en los siguientes términos: (Marcar con una **X** según corresponda):

a) Que, tengo derecho a percibir Pensión de mí: esposo (....), hijo (.....), padre (...**X**..), quien en vida fuera el /la: **T3 (F) JORGE MARCOS SALINAS CONDORI**

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

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

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

1.- **RENUNCIO** 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.- **RENUNCIO** 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 **2025**.....

.....
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 solicitando una Pensión de Sobreviviente, presento la siguiente DECLARACION JURADA, en los siguientes términos: (Marcar con una **X** según corresponda):

a) Que, tengo derecho a percibir Pensión de mí: esposo (.....), hijo (.....), padre (.....), quien en vida fuera el /la:

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

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

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

1.- RENUNCIO 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**.

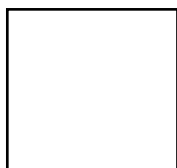
2.- RENUNCIO a la Bonificaciones NO pensionables y Aguinaldos del Ministerio de Defensa: (.....)

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

Declaración Jurada de Hijo en Estudios

Yo:

Identificada(o) con DNI:.....con domicilio real:

...../.....

Distrito.....Provincia.....Departamento.....

Referencia de Domicilio:

.....

Correo electrónico.....con teléfono:

que declaro para solicitar la Pensión de Sobreviviente de Orfandad de Hijo en estudios, por mi padre fallecido (Grado, Apellidos y Nombres del titular).....

.....

En el pleno goce de los Derechos Constitucionales y en concordancia con lo previsto en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. Código Civil Decreto Legislativo N° 295 y Decreto Supremo N° 058-90-PCM.

Declaro Bajo Juramento

Que continuare en forma ininterrumpida los estudios de nivel básico, superior y/o universitario, No he contraído matrimonio en el Perú o en el extranjero, no estoy amparado por ningún sistema de seguridad social, carezco de rentas y actividades lucrativas, durante el tiempo que perciba la citada Pensión de Orfandad, declaración que realizo con la finalidad de solicitar la Pensión de Sobreviviente de Orfandad de Hijo en Estudios.

Asimismo, en caso de resultar falsa la información proporcionada o se comprobare falsedad alguna, 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 concordante con Artículo IV inciso 1.7 "Principio de Presunción de Veracidad" del Título Preliminar y el Artículo 34° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS de fecha 22-01-2019.

En tal sentido, firmo y estampo mi huella dactilar en el presente Certificado para los fines legales correspondientes.



Huella Dactilar
Índice Derecho

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

.....

Firma

.....

Apellidos y Nombres

Nro. DNI.....

"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
T3		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							
PEREZ			TORRES			JUANA MARIA							
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										
	Padre		Sexo	M		Discapacidad	Si		Lugar de Nacimiento				
	Madre			F	X								
	Suegro(a)				No		X	COMAS	LIMA	LIMA			
Grupo Sanguíneo		Está a su cargo		Domicilio		AV. BELAUDE N° 1055							
O+		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 2025...

Firma del Titular

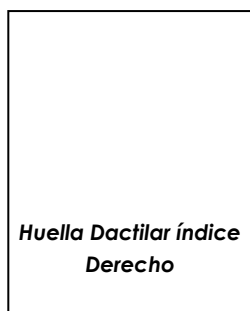
NOTA: Declaro bajo juramento que la información proporcionada es verdadera. En caso de falsedad declaro haber incurrido en el delito Contra la Fé Pública, falsificación de Documentos, (Artículo 411°, 427°, y 438° del Código Penal, en concordancia con el Artículo IV inciso 1.7) "Principio de Presunción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



.....(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 411º, 427º, y 438º 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 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:.....