



# Municipalidad Distrital de Simbal

FUNDACION CRISTIANA 1565 - CREACION POLITICA 1824  
MIEMBRO DE LA MANCOMUNIDAD MUNICIPAL "VALLE SANTA CATALINA"  
R.S.D. N° 033-2008-PCM/SD. (07-05-08)



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

## OFICIO N°066-2022 -MDS/A

Dr. Diana Elizabeth Prudencio Gamio  
Director Ejecutivo del Programa Nacional de entrega de la Pensión No Contributiva a personas con Discapacidad Severa en situación de pobreza – PROGRAMA CONTIGO

Presente.-

**Asunto:** SOLICITO AUTORIZACION DE COBRO

De mi especial Consideración

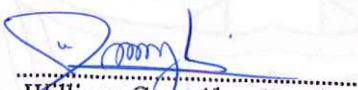
Es grato dirigirme a usted a fin de saludarlo cordialmente y hacer llegar un cordial saludo en nombre de la Municipalidad Distrital de Simbal y al mismo tiempo manifestar lo siguiente:

Por medio de la presente hago de conocimiento a la instancia correspondiente que se cuenta con 01 usuario más en la lista de beneficiarios del programa Contigo, lo cual por ser una persona con discapacidad Severa se solicita la Autorización de cobro a su apoderado.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES DEL APODERADO	DNI	PARENTESCO
01	CORNELIO AGUIRRE GERSON LUIS	48882246	AGUIRRE ACEVEDO BEATRIS LEONOR	18031212	MADRE

Agradeciendo la atención que le brinde al presente, me despido de usted reiterándole los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

  
William González Narciso  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SIMBAL



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

## FORMATO PC 1000

FECHA: 05-05-2022

PROCEDIMIENTO DE:  AFILIACIÓN  AUTORIZACIÓN DE COBRO  RENOVACIÓN

### 1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 DNI  1.2 DEPARTAMENTO

1.3 PROVINCIA  1.4 DISTRITO

1.5 DIRECCIÓN

1.6 REFERENCIA

1.7 APELLIDO PATERNO

1.8 APELLIDO MATERNO

1.9 NOMBRES

1.10 CORREO  1.11 TELEFONO (CELULAR)

- Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? NO



FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

## 2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A

2.1 DNI  2.2 RELACIÓN PARENTESCO

2.3 APELLIDO PATERNO

2.4 APELLIDO MATERNO

2.5 NOMBRES

2.6 CORREO

2.7 TELEFONO

(CELULAR)

### 2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con el/ella en la misma vivienda.
2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).
3. Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos cons?tuyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.
4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros)
5. En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Ar?culo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Ar?culo 32, numeral 32.3 de la Ley N°27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE



HUELLA DIGITAL  
DEL/ DE LA DECLARANTE



4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 0

Rafael Aguilar  
 GONZALEZ

Expediente Judicial  
 ADMISION

Pasa Muestra  
 GONZALEZ LUIS

Reclamacion Puntos y Unidades  
 en el caso GONZALEZ  
 LUIS GONZALEZ

Pasa Muestra  
 GONZALEZ LUIS

PER 48882246  
 PER 8101257M2305215  
 CORNELIO GERSON LUIS

CONVENIO DE SERVIDOR	CONVENIO DE SERVIDOR	CONVENIO DE SERVIDOR	CONVENIO DE SERVIDOR
CONVENIO DE SERVIDOR	CONVENIO DE SERVIDOR	CONVENIO DE SERVIDOR	CONVENIO DE SERVIDOR

LA EMPRESA  
 EL SERVIDOR DEL SECTOR PRIVADO  
 COMERCIO EXTERNO Y TURISMO  
 MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS  
 Banco de Valores

IDENTIFICACION PERSONAL Y BIOMETRICA