



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

**pensión65**  
tranquilidad para más peruanos

**Formato de Denuncia**

**Señor**

Jefe de la Unidad de Recursos Humanos

**Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65**

**DATOS GENERALES**

Nombres y apellidos ó Razón Social del denunciante:

DNI/RUC: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del Representante Legal:

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DISTRITO/PROVINCIA/DEPARTAMENTO DONDE SE PRODUCEN LOS HECHOS DENUNCIADOS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

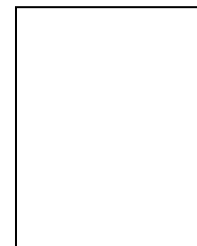
**NOMBRE Y CARGO DE LOS FUNCIONARIOS Y/O SERVIDORES COMPRENDIDOS EN LOS HECHOS (Fecha, montos, fuente de información, pruebas sustentatorias)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COMPROMISO**

Mediante el presente manifiesto mi compromiso para mantenerme a disposición de la entidad, a fin de hacer las aclaraciones que hagan falta o proveer mayor información sobre las irregularidades que sustentan la presente denuncia

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DENUNCIANTE



Huella dactilar