ANEXO 3

ACEPTACIÓN DE COMPROMISOS

C. BLANCA ESTELA ACEVEDO GÓMEZ.
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO PARA LA,
ATENCION DE LOS ADULTOS EN PLENITUD.
P R E S E N T E.

Por medio del presente escrito, yo el (la) c. _____, con domicilio en _____, acudo ante usted para hacer de su conocimiento que ACEPTO los compromisos inherentes a la pensión alimenticia que otorga el gobierno del estado a través del Instituto para la Atención de los Adultos en Plenitud.

Son compromisos del pensionado, los siguientes:

1. Firmar lista de entrega de apoyo económico, dicha lista será resguardada en el archivo del instituto.
2. Utilizar el recurso de la pensión en los tres rubros a los cuales está destinado; alimentación, vestido y salud.
3. Reportar oportunamente, al "Instituto" cualquier sustracción indebida o mal uso del recurso económico por parte de familiares o cualquier persona.
4. Reportar el extravío o robo del recurso, en el término de 24 horas, contados a partir desde el momento en que ocurra el hecho, al teléfono de servicio (312) 3147399.
5. En caso de pérdida o sustracción del pago el "Instituto" quedará deslindado de cualquier responsabilidad o reparación del daño que se cause derivado del hecho. Y éste está obligado únicamente a brindar la asesoría jurídica y reportar los hechos a las autoridades correspondientes
6. Notificar su cambio de domicilio o variación de su nomenclatura, dentro del término de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en que ocurra el cambio o tenga conocimiento de la variación de su nomenclatura.
7. Proporcionar al "Instituto", toda información que le sea requerida, para verificar el cumplimiento de la normatividad aplicable a la pensión.
8. Conducirse con respeto y decoro, frente al personal responsable de operar y ejecutar las disposiciones de la ley y este reglamento, con el personal que realice las visitas domiciliarias; evitando cualquier hecho irrespetuoso o indecoroso de su parte o de terceros, que puedan ocurrir en su domicilio.
9. Cumplir con los compromisos establecidos en la solicitud, los que tendrán vigencia a partir del momento en que el Adulto Mayor sea beneficiado del programa, o que sea incorporado.

Colima, Col. a: _____ del mes _____ de _____.

_____
FIRMA o HUELLA

Instituto para la Atención de los Adultos en Plenitud
Oficinas en Colima: Calle Encino #530, Col. Rinconada del Pereyra, Complejo de Asistencia Integral para Grupos Vulnerables. Tel: (312) 314 73 99 – 330 4917. Oficinas en Tecomán: Cocoteros #960 norte, Col. Palma Real. Tel: (313) 326 5420. Oficinas en Manzanillo: Av. Parotas s/n Barrio 1, Valle de las Garzas (CONALEP). Tel: (314) 332 8280. Página oficial: http//www.iaap.col.gob.mx. Correo: iaap@col.gob.mx.