



PERU

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



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: 13 03 2023

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 23176026

1.3 APELLIDO PATERNO RIVERA

1.4 APELLIDO MATERNO RUIZ

1.5 NOMBRES CONCEPCIONA

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO HUÁNUCO PROVINCIA HUÁNUCO

DISTRITO SANTA MARIA DEL VALLE CENTRO POBLADO LA DESPENSA

TIPO DE VÍA  AVENIDA  JIRÓN  CALLE  PASAJE  OTRO CARRETERA

NOMBRE DE LA VÍA BAJADA DE CONCHUMAYO

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

TIPO DE ZONA  AA.HH.  CASERÍO  CONJUNTO HABITACIONAL  COOPERATIVA  FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA LA DESPENSA

REFERENCIA BAJADA DE CONCHUMAYO

1.7 TELÉFONO FIJO - 1.8 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup> 976307315

1.9 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD -9.864645 LONGITUD -76.1762833

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O AL COBRO

2.1 TIPO DE DOCUMENTO  DNI  CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO

2.3 APELLIDO PATERNO

2.4 APELLIDO MATERNO

2.5 NOMBRES

2.6 TELÉFONO FIJO - 2.7 TELÉFONO CELULAR<sup>1</sup>

2.8 CORREO ELECTRÓNICO<sup>1</sup>

III. CONFORMIDAD

3.1  Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos 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 la base de datos personales que administra el Programa.

LA/EL USUARIO/O Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD



Nombres y Apellidos CONCEPCIONA RIVERA RUIZ

DNI 23176026

Celular 976307315

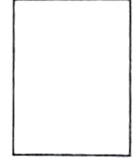


AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos

DNI

Celular



SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZO EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos DIANA CELESTE RIVERA ZAMBRANO

DNI 48547160

Celular 935177694

Cargo RESPONSABLE DE OMAPED

Municipalidad SANTA MARIA DEL VALLE



FIRMA

<sup>1</sup> Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

\*\* Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use en el marco de sus funciones mis datos personales. \*\*