



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



FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS - FAD

FECHA: / /

I. DATOS DE LA/EL USUARIO/O

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 31470046

1.3 APELLIDO PATERNO Ramos

1.4 APELLIDO MATERNO Palomino

1.5 NOMBRES Roberta

1.6 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO Apurímac PROVINCIA Chincheros

DISTRITO Ocobamba CENTRO POBLADO Piscobamba

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA Jr. Ayacucho Nro. Puerta 0000 Bloque. 000 Piso. 00 interior

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA CP. Piscobamba

REFERENCIA Al costado de la plaza

1.7 TELÉFONO FIJO -

1.8 TELÉFONO CELULAR¹ 944457932

1.9 CORREO ELECTRÓNICO¹

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 13 33 33.7 LONGITUD 73 29 38.3

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 46785057

2.3 APELLIDO PATERNO Orogia

2.4 APELLIDO MATERNO Ramos

2.5 NOMBRES Jaime

2.6 TELÉFONO FIJO -

2.7 TELÉFONO CELULAR¹ 988562402

2.8 CORREO ELECTRÓNICO¹

III. CONFORMIDAD

(marque en señal de conformidad)

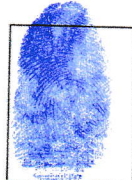
3.1 Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO en el marco de sus funciones, use los datos personales consignados en el presente formulario. Considerando que la atención a los mismos involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles. Por lo que 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



USUARIO/O

Nombres y Apellidos Roberta Ramos Palomino
DNI 31470046
Celular 944 457 932



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos Jaime Orogia Ramos
DNI 46785057
Celular 944 457 932



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

Nombres y Apellidos Reyna Casafranca Quispe
DNI 46239212
Celular 993 801742
Cargo Responsable
Municipalidad Distrital de Ocobamba



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE OCOBAMBA

Reyna Casafranca Quispe
FIR RESPONSABLE OMAPED

¹ 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. **