



I. DATOS DE LA/EL USUARIO/A

FECHA: 14 / 09 / 2022

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 40282690

1.3 APELLIDO PATERNO HITAR 1.4 APELLIDO MATERNO FLORES

1.5 NOMBRES PEDRO ANGEL

1.6 DIRECCIÓN DEPARTAMENTO LIMA

DISTRITO SUPE PUERTO PROVINCIA BARRANCA

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA COMITE 2 P.T. Leticia MZ-D-LT-09

NÚMERO KM MZ LT INTERIOR PISO BLOQUE N° DE DPTO

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

NOMBRE DE LA ZONA LETICIA

REFERENCIA FRENTE DE LA POSTA MEDICA

1.7 TELÉFONO FIJO

1.8 TELÉFONO CELULAR 963254300

1.9 CORREO ELECTRÓNICO

1.10 UBICACIÓN GEOREFERENCIADA LATITUD 10.79621 LONGITUD 77.72987

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

2.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 15710444

2.3 APELLIDO PATERNO FLORES

2.4 APELLIDO MATERNO DE HIJA

2.5 NOMBRES ASUNCIONA

2.6 TELÉFONO FIJO

2.7 TELÉFONO CELULAR 963254300

III. CONFORMIDAD

(marque en señal de conformidad)

3.1 Expro 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/A Y/O LA/EL AUTORIZADA/O SUSCRIBE Y/O COLOCA SU HUELLA DIGITAL EN SEÑAL DE CONFORMIDAD

USUARIO/A Nombres y Apellidos PEDRO ANGEL HIJAR DNI FLORES - 40282690 Ceular 963254300



AUTORIZADA/O Nombres y Apellidos FLORES DE HIJA DNI ASUNCIONA Ceular 15710444 963254300



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

Nombres y Apellidos JOSÉ HUMBERTO BENITES DELgado DNI 15709537 Ceular 974000394 Cargo Municipalidad OMOPED

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SUPE PUERTO José Humberto Benites Delgado (e) OMAPED DNI 15709537

DISTRITO DE SUPE PTO.

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. **